



cerfa SÉCURITÉ SOCIALE
n° 11545*01

DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION entraînant un changement de caisse primaire d'affiliation

VOLET 1 destiné à la nouvelle CPAM d'affiliation

VOLET 2 destiné à la CRAM

VOLET 3 destiné à la précédente CPAM d'affiliation

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	CPAM	N° DE DOCUMENT	CPAM
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION	
CPAM AFFILIATION	CPAM PREST.	CENTRE PAIE	
CPAM PROVENANCE		DATE DE CHANGEMENT DE CPAM OU EFFET MUTATION	

ASSURÉ (E)		N° D'IDENTIFICATION A LA SÉCURITÉ SOCIALE
(1) <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle		(A relever sur le carte d'immatriculation)
NOM _____ <small>(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)</small>		
PRÉNOMS _____ <small>(Dans l'ordre de l'état-civil)</small>		
ÉPOUSE DE _____ <small>(NOM EN CAPITAL D'IMPRIMERIE)</small>		
SEXE	(1) <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité _____ RES. CPAM
DATE DE NAISSANCE	JOUR MOIS AN	Commune de naissance _____ <small>(Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement)</small> N° DEPAR. N° COMMUNE
ADRESSE ACTUELLE PRÉCISE	N° _____ VOIE _____ <small>(Nature et nom de la voie)</small> _____ <small>(COMPLÈMENT D'ADRESSE : villa, hameau, logement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)</small> COMMUNE _____ _____ <small>(CODE POSTAL) BUREAU DISTRIBUTEUR : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence.</small>	

Adresse précédente _____

Date d'arrivée dans le nouveau département _____

Durée du séjour (1) égale ou inférieure à 6 mois supérieure à 6 mois

1 - SITUATION ACTUELLE	
Quelle est votre situation actuelle ? (2) _____	
Si vous êtes salarié(e), veuillez indiquer ci-après :	
Le nom et l'adresse de votre employeur actuel { _____	
N° Employeur (2) _____	Organisme auquel sont versées les cotisations vous concernant (2) _____
Nature de l'emploi (2) _____	Adresse du lieu de travail { _____
Date d'embauche _____	

2 - SITUATION ANTÉRIEURE A LA SITUATION N° 1	
Période du _____ au _____	
Quelle était votre situation à cette période ? (2) _____	
Si vous étiez salarié(e) à cette période, veuillez indiquer ci-après :	
Le nom et l'adresse de votre employeur à cette époque { _____	
N° Employeur (2) _____	Organisme auquel étaient versées les cotisations vous concernant (2) _____
Nature de l'emploi (2) _____	Adresse du lieu de travail { _____
Date d'embauche _____	Date de départ _____
Caisse à laquelle vous perceviez vos prestations de Sécurité Sociale _____	

Période sans emploi, du _____ au _____ motif _____

A _____ le _____ Signature _____

"La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale"

(1) Mettre une croix dans le case de la réponse exacte - (2) Se référer à la notice explicative

