

# Dgo cpf g'f g'b wcvkqp

Le formulaire de demande de mutation doit être utilisé en cas d'évolution de votre situation professionnelle entraînant :

- ▶ un **cj cpi go gpvf g't'i lo g'f g'U'ewtk'Uqekry** si vous étiez tcwcej é(e) au régime agricole, au régime des indépendants, à une mutuelle de fonctionnaires, à un régime spécial ou au régime étudiant...

Il convient de le compléter et de le retourner à votre nouvelle caisse d'assurance maladie accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour et d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN).

## ▶ Identification de l'assuré(e)

Votre n° de sécurité sociale

Vos nom et prénoms

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)  
(Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

Votre date de naissance

Votre adresse

Code Postal

Commune

Votre n° de téléphone

Xqqt g'éqwt t lgn'

## ▶ Votre ancienne situation

Si vous changez de régime, organisme auprès duquel vous perceviez vos prestations de Sécurité Sociale :

Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité  ou d'une rente accident du travail/maladie professionnelle  ?

## ▶ Votre nouvelle situation

Salarié(e)  depuis le

Agent de la Fonction Publique

▶ d'Etat

Territoriale

Hospitalière

▶ Titulaire

Contractuel

depuis le

Sans activité

Autre situation  Si votre situation ne correspond pas à celles figurant ci-dessus, veuillez préciser votre nouvelle situation :

## ▶ Votre situation personnelle

Avez-vous un conjoint, partenaire PACS, concubin sans activité, rattaché à votre régime actuel et qui demande également le changement de régime ? Oui  non

(Si oui, merci de lui demander de compléter les rubriques ci-dessous et de fournir une photocopie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour et un relevé d'identité bancaire)

Uqp n° de sécurité sociale

signatwt g'f w'éqplqlpv.'t ct vgpclt g'RCEU'qw'éqpedlp

Ugnom et prénoms :

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)

## ▶ Attestation sur l'honneur à compléter par l'assuré(e)

L'assuré(e) identifié(e) ci-dessus, atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à

Le

signatut g'f g'hcuwt<sup>2</sup> g+

**IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez compléter un formulaire S3705.**

Ce formulaire est téléchargeable sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou à demander à votre caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée 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 d'assurance maladie.