

# CHANGEMENT D'ADRESSE

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Assuré CAFAT numéro

Date de naissance :

## Votre nouvelle adresse :

\_\_\_\_\_  
APPARTEMENT – ETAGE – COULOIR – ESCALIER

\_\_\_\_\_  
ENTREE – BATIMENT – IMMEUBLE – RESIDENCE

\_\_\_\_\_  
NUMERO – RUE – AVENUE

\_\_\_\_\_  
NUMERO BOITE POSTALE

CODE POSTAL

\_\_\_\_\_  
LOCALITE

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ e.mail : \_\_\_\_\_

## Indiquez ci-dessous les noms et prénoms des personnes de votre famille également concernées

par votre nouvelle adresse.

		Date de naissance					
NOM _____	Prénom _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM _____	Prénom _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM _____	Prénom _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM _____	Prénom _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM _____	Prénom _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM _____	Prénom _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Vous souhaitez que votre nouvelle adresse soit appliquée également à votre :

compte employeur. Indiquez votre N° de compte employeur       /

compte travailleur indépendant. Indiquez votre N° de compte cotisant       /

Fait le          
jour mois année

signature