CAFAT
Votre vie, c'est notre quotidien

Réservé aux assurés

# CHANGEMENT D'ADRESSE

**Important** **Formulaire à remplir au stylo et en majuscule.**

## IDENTIFICATION

Numéro assuré(e) CAFAT

**Votre conjoint(e), concubin(e), partenaire de PACS ou ascendant(e) devra également remplir un imprimé de changement d'adresse.**

## ÉTAT CIVIL

Nom marital

Nom

Indiquez votre nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance (jour / mois / année)

## VOTRE NOUVELLE ADRESSE DE RÉCEPTION DE VOTRE COURRIER

### ADRESSE GÉOGRAPHIQUE

Chez (facultatif)

Nom de la résidence | bâtiment / entrée | étage | appart. | n° boite aux lettres

☐ quartier ☐ lieu-dit ☐ tribu

n° de la voie (bis, ter...) | type de la voie (rue, avenue, route...) | nom de la voie

code postal | localité | pays

### BOÎTE POSTALE (BP)

BP | code postal | localité

pays

## VOTRE NOUVELLE ADRESSE DE RÉSIDENCE (obligatoire **sauf si identique** à l'adresse de réception de votre courrier)

Nom de la résidence | bâtiment / entrée | étage | appart. | n° boite aux lettres

☐ quartier ☐ lieu-dit ☐ tribu

n° de la voie (bis, ter...) | type de la voie (rue, avenue, route...) | nom de la voie

code postal | localité | pays

## COMMENT POUVONS-NOUS VOUS CONTACTER ?

Téléphone (uniquement sur le territoire) : mobile | fixe

E-mail

Exemple : email@domaine.nc

Fait le (jour / mois / année)

*Signature*

4 rue du général Mangin
BP L5
98849 Nouméa cedex
Tél. : 25 58 00
maladie@cafat.nc
www.cafat.nc
Ridet 112 615-001

En renseignant ci-dessus vos coordonnées, vous recevrez des supports d'information diffusés par la CAFAT en conformité avec sa mission de service public.
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont destinées à la gestion de votre dossier et à celle de nos fichiers assurés et cotisants.
Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de ces données (Loi du 06.01.1978) auprès de la Direction de la CAFAT.

Cellule Communication - 08.2018