

## TRAVAILLEUR INDEPENDANT: DEMANDE DE CHANGEMENT D'INTEGRATION

### JE SOUSSIGNE

Nom  Nom marital

Prénoms

N° de compte cotisant  /  N° assuré CAFAT

ADRESSE :

boîte postale  code postal  commune

TELEPHONE DOMICILE  FAX  MOBILE

E.MAIL

INSCRIT AU REGIME UNIFIE D'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE (RUAMM) EN TANT QUE TRAVAILLEUR INDEPENDANT,  
DEMANDE A CHANGER D'INTEGRATION <sup>(1)</sup> :

A COMPTER DU <sup>(2)</sup>   
jour mois année

JE CHOISIS A COMPTER DE CETTE DATE :  L'INTEGRATION PARTIELLE  L'INTEGRATION COMPLETE

Expliquez la raison de votre demande de changement :

  

Fait le   
jour mois année

signature du demandeur

(1) sous réserve d'une acceptation du Conseil d'Administration de la Caisse.

(2) les changements d'intégration ne peuvent prendre effet au milieu d'un trimestre.

- > **passage de l'intégration partielle à l'intégration complète** : le 1er jour du trimestre de la demande ou le 1er jour du trimestre suivant.
- > **passage de l'intégration complète à l'intégration partielle** : le 1er jour du trimestre suivant la demande.

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.

**Article Lp 22-7 de la loi du pays modifiée n°2001-016 du 11.01.2002** : « Est passible d'une amende de 500.000 F.cfp quiconque se rend coupable de manoeuvres frauduleuses ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. »