

Demande de mutation

Le formulaire de demande de mutation doit être utilisé en cas d'évolution de votre situation entraînant un **changement de régime de Sécurité sociale**. Cette démarche n'est pas nécessaire si vous devez être rattaché(e) au régime agricole. En effet, dans ce cas, un dispositif spécifique existe qui entraîne un rattachement direct.

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 (en cours de validité) et d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN) établi à vos nom et prénom(s).

Les agents de la Fonction Publique doivent joindre aussi :

- ▶ Pour les fonctionnaires : un arrêté de stage, de nomination ou d'affectation.
- ▶ Pour les contractuels/vacataires : une copie du contrat de travail.

► Identification de l'assuré(e)

Votre n° de sécurité sociale

Vos nom et prénom(s) :

*(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

Vos lieu, commune et pays de naissance :

Votre adresse :

Code Postal

Commune :

Votre n° de téléphone

► Votre ancienne situation

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

Depuis le

▶ Salarié(e) du régime général

▶ Agent de la Fonction Publique d'Etat Territoriale Hospitalière

Indiquez si vous êtes : fonctionnaire titulaire fonctionnaire stagiaire contractuel/vacataire autre : *(à préciser)*

Ministère employeur :

Profession :

Nom et adresse du service ou de l'établissement d'exercice :

▶ Sans activité

▶ Autre situation *Si votre situation ne correspond pas à celles figurant ci-dessus, veuillez préciser votre nouvelle situation (par exemple : artiste-auteur, élu local, praticien ou auxiliaire médical conventionné...):*

► 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

signature de l'assuré(e)

Le

IMPORTANT : - si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez compléter un formulaire S3705,
- si vous êtes polyactif ou polypensionné et que vous souhaitez exercer un droit d'option pour un autre régime que celui auquel vous êtes actuellement rattaché, veuillez compléter un formulaire 758 CNAM.

Ces formulaires sont téléchargeables sur 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.