

Vous êtes affilié(e) au centre payeur mage 505 de Sécurité sociale,

Vous êtes ou non adhérent mutualiste à la MAGE,

Vous souhaitez signaler un ou plusieurs changements de votre situation personnelle, familiale et ou administrative, nous vous invitons à imprimer ce document, à compléter les parties concernées et à nous le retourner signé accompagné des documents mentionnés en bas de page à :
MAGE - CENTRE 505 DE SECURITE SOCIALE - 42 BIS RUE D'ULM - 75005 PARIS

VOTRE IDENTIFICATION :

Nom * : _____
 Prénom* _____
 N° de Sécurité sociale* : _____
 Date de naissance* : _____
 e-mail : _____
 Telephone portable : _____
 Telephone fixe : _____

Votre adresse actuellement connue par votre centre

N° de la voie : _____ Nature de la voie : _____
 Nom de la voie : _____
 Cpl. d'adresse : _____
 Code postal : _____
 Ville : _____

CHANGEMENTS : COCHEZ LA OU LES CASES CORRESPONDANTE(S)

NOUVELLE ADRESSE :

N° de la voie _____ Nature de la voie : _____
 Nom de la voie : _____
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Date de prise en compte de la nouvelle adresse : _____

SITUATION FAMILIALE :

Etat civil : (1)

mariage pacs concubinage divorce séparation instance de divorce

Date du changement : _____

Rattachement d'un conjoint(e) : (2)

Nom..... Prénom.....

Rattachement d'un enfant : (3)

Nom..... Prénom..... Date de naissance _____

CHANGEMENT DE COORDONNÉES BANCAIRE : (4)

Date de prise en compte du changement : _____

DÉCLARATION OU CHANGEMENT DE MÉDECIN TRAITANT (5)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus

Fait le _____ A..... signature

(1) joindre photocopie du livret de famille et toute notification certifiant le changement
 (2) joindre une copie de son attestation vitale
 (3) joindre l'acte de naissance ou photocopie du livret de famille ou certificat d'adoption

(4) joindre un RIB
 (5) joindre la : Déclaration du médecin traitant signée par votre médecin (en téléchargement)