|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| XXX | | | | **XX** | | **DÉCLARATION DE MODIFICATION DES DONNÉES DE LA PERSONNE ASSURÉE** | | | | | | | | |
| **I. COORDONNÉES** | 01. DÉCLARATION AUX ASSURANCES | | | **X** | | 02. DÉCLARATION MODIFICATION (1) / RECTIFICATION (2) DE DONNÉES PERSONNELLES DE L’ASSURÉ | | | | | | | | |
| 04. | | | 05. | | | | | | | | | | | |
| **II. IDENTIFICATION DU PAYEUR DES COTISATIONS** | | | | | CASES : 04. - DATE D’ATTRIBUTION (À REMPLIR PAR L’OFFICE) | | | | | | | 05. - AUTOCOLLANT R (À REMPLIR PAR L’OFFICE) | | |
| 01. NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE NIP XXXXXX | | 02. NUMÉRO STATISTIQUE XXXXX | | | | | | | 03. NUMÉRO D’IDENTIFICATION PERSONNELLE PESEL | | | | | 04. TYPE DE DOCUMENT |
| 05. SÉRIE ET NUMÉRO DU DOCUMENT | | | | 06. NOM RACCOURCI **XXXXXX** | | | | | | | | | | |
| 07. NOM | | | | | | | | | 08. PREMIER PRÉNOM | | | | | |
| 09. DATE DE NAISSANCE | | | | | | | | | | | | | | |
| **III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCLARÉE AUX ASSURANCES** | | | | | | | | | | | | | | |
| 01. NUMÉRO D’IDENTIFICATION PERSONNELLE PESEL **XXXXXXXXX)** | | | 02. | | | | 03. TYPE DE DOCUMENT 1 | | | | 04. SÉRIE ET NUMÉRO DU DOCUMENT **XXXXX** | | | |
| 05. NOM **XXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | |
| 06. PREMIER PRÉNOM **XXXXXX** | | | | | | | | | | 07. DATE DE NAISSANCE **XXXX** | | | | |
| **IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCLARÉE AUX ASSURANCES** | | | | | | | | | | | | | | |
| 01. DEUXIÈME PRÉNOM | | | | | | 02. NOM PATRONYMIQUE | | | | | | | | |
| 03. NATIONALITÉ **XXXXXX** | | | | | | 04. SEZE | | | | | | | | |
| **V. TITRE DE L’ASSURANCE** | | | | | | | | | | | | | | |
| 01. CODE DU TITRE ASSURANCE **XXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | |
| **VI. DONNÉES SUR DES ASSURANCES SOCIALES OBLIGATOIRES** | | | | | | | | | | | | | | |
| 01. DATE DE L’OBLIGATION DE L’ASSURANCE **XXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | |
| PERSONNE DÉCLARÉE EST SOUMISE AUX ASSURANCES : | | 02. RETRAITE **X** | | | | 03. INVALIDITÉ **X** | | | | 04. SOINS MEDICAUX **X** | | | 05. ACCIDENTS **X** | |
| **VII. DONNÉES SUR L’ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE** | | | | | | | | | | | | | | |
| 01. DATE DE L’OBLIGATION DE L’ASSURANCE **XXXXXX** | | | | | | | | | 02. CODE DE LA SUCCURSALE DU FONDS NATIONAL DE LA SANTÉ **XXXXXX** | | | | | |
| **VIII. DONNÉES SUR DES ASSURANCES SOCIALES COMPLÉMENTAIRES** | | | | | | | | | | | | | | |
| JE DEMANDE D’ÊTRE SOUMIS AUX ASSURANCES : | | 01. RETRAITE | | | | 03. INVALIDITÉ | | | | | 05. SOINS MÉDICAUX | | | |
|  | | 02. DU | | | | 04. DU | | | | | 06. DU | | | |
| **IX. DONNÉES SUR L’ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE** | | | | | | | | | | | | | | |
| 01. DATE DE DÉBUT DE L’ASSURANCE | | | | | | | | | 02. CODE DE LA SUCCURSALE DU FONDS NATIONAL DE LA SANTÉ | | | | | |
| **X. AUTRES DONNÉES SUR LA PERSONNE DÉCLARÉE AUX ASSURANCES** | | | | | | | | | | | | | | |
| 01. CODE DE LA PROFESSION | | | | 02. CODE DU TRAVAIL AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES/ À CARACTÈRE PARTICULIER | | | | | | | | | | |
| 03. PERIODE DU TRAVAIL DANS LES CONDITIONS PARTICULIÈRES OU À CARACTÈRE PARTICULIER | | | | | | | | | | | | | | |
| **XI. ADRESSE DE DOMICILIATION POUR SÉJOUR DURABLE** | | | | 01. CODE POSTAL **XXXXXX** | | | | 02. VILLE **XXXXXX** | | | | | | |
| 03. COMMUNE/ QUARTIER **XXXXXX** | | | | | | 04. RUE **XXXXXX** | | | | | | | | |
| 05. NO DU BÂTIMENT **XXXXXX** | | 06. NO DU LOCAL | | | | 07. NO DU TÉLÉPHONE | | | | | 08. ETRANGER CODE POSTAL | | | |
| XII. ADRESSE D’HABITATION : | | | | 01. Code | | | | 02. VILLE | | | | | | |
| 03. GMINA/ DZIELNICA | | | | | | 04. RUE | | | | | | | | |
| 05. NO DU BÂTIMENT | | 06. NO DU LOCAL | | | | 07. NO DU TÉLÉPHONE | | | | | 08. ETRANGER CODE POSTAL | | | |
| **XIII. ADRESSE POUR LA CORRESPONDANCE** | | | | 01. Code | | | | 02. VILLE | | | | | | |
| 03. RUE | | | | | | | | 04. NO DU BÂTIMENT | | | 05. NO DU LOCAL | | | |
| 06. BOITE AUX LETTRES | | 07. NO DU TÉLÉPHONE | | | | 08. ETRANGER CODE POSTAL | | | | | | | | |
| 09. ADRESSE ÉLECTRONIQUE | | | | | | | | | | | | | | |
| **XIV. DECLARATION DU PAYEUR DES COTISATIONS ET DE LA PERSONNE DECLARÉE AUX ASSURANCES** | | | | | | | | | | 01. DATE DE REPLISSAGE **XXXXXX** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |