



CIPAV

*Votre caisse
de retraite*

Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse

FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE COTISANTS



NP-0000050100

**VOUS ETES COTISANT
EN CAS DE CHANGEMENT D'ADRESSE MERCI DE REMPLIR ET RETOURNER CE FORMULAIRE:**

Numéro d'adhérent : soit **CIC**-_____ - 3 soit **EAC**-_____ -5

NOM :

PRENOM :

ANCIENNE ADRESSE PERSONNELLE :
.....
.....
.....

NOUVELLE ADRESSE PERSONNELLE :
.....
.....
.....

ANCIENNE ADRESSE PROFESSIONNELLE :
.....
.....
.....

NOUVELLE ADRESSE PROFESSIONNELLE :
.....
.....
.....

A, le/...../..... Signature :

· La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).
· La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.