



**CIPAV**

*Votre caisse  
de retraite*

Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse

**FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE PRESTATAIRES**



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

Numéro d'adhérent : soit **CIP-**\_\_\_\_\_ - 3 soit **EAP-**\_\_\_\_\_ -5

NOM : .....

PRENOM : .....

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

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

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.