|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** |
|  |