

**DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ALLOCATION DE CHOMAGE**
(Art. L.311-5 du Code de la Sécurité Sociale)

VOLET

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 0	CRAM
RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION			
CPAM AFFILIATION	CPAM PREST.	CENTRE PAIEMENT		



DEMANDEUR

(1) ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

NOM
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)

PRÉNOMS
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE (1) ☐ Masculin ☐ Féminin Nationalité

DATE DE NAISSANCE
JOUR MOIS AN

LIEU DE NAISSANCE
(Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement)

N° DÉPART. N° COMMUNE

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE
MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE**
(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'Etat Civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)

Pays de naissance Province

Nom du père Nom de jeune fille de la mère

1^{er} prénom du père 1^{er} prénom de la mère

ADRESSE PRÉCISE

N° Voie
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

.....
COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEU-DIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)

Commune
CODE POSTAL (BUREAU DISTRIBUTEUR)

- APPARTENEZ-VOUS A UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ? (1) OUI ☐ NON ☐

Si OUI précisez { Votre dernière Caisse d'affiliation
Votre numéro d'immatriculation

JE SOUSSIGNÉ DÉCLARE SUR L'HONNEUR ÊTRE BÉNÉFICIAIRE D'UNE ALLOCATION DE CHOMAGE

Depuis le (joindre l'avis d'admission délivré par l'ASSEDIC)

Certifié exact : A le Signature :

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de Sécurité Sociale.

Sont punies d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations.
(Art. L. 409 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal).

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte.



N° 60-3597
SECURITE SOCIALE

**DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ALLOCATION DE CHOMAGE**
(Art. L.311-5 du Code de la Sécurité Sociale)

VOLET
2

**CRAM
INSEE**

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 0	CRAM
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
CPAM AFFILIATION		CPAM PREST.		CENTRE PAIEMENT

DEMANDEUR

(1) ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

NOM _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)

PRÉNOMS _____
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE (1) ☐ Masculin ☐ Féminin Nationalité _____

DATE DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE _____
JOUR MOIS AN (Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement)

N° DÉPART1 _____ N° COMMUNE _____

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE
MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE**
(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'Etat Civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)

Pays de naissance _____ Province _____

Nom du père _____ Nom de jeune fille de la mère _____

1^{er} prénom du père _____ 1^{er} prénom de la mère _____

ADRESSE PRÉCISE

N° _____ Voie _____
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

Commune _____

CODE POSTAL _____ (BUREAU DISTRIBUTEUR)

RÉPONSE I.N.S.E.E.

Numéro national d'identité + clé de contrôle _____

SN _____

JN _____

1^{re} immatriculation pour _____

Observations _____
