

Numéro de Sécurité sociale :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Désignation du ou des titulaires du nouveau RIB ou RIP

Mr / Mme / Mr ou Mme / Mr et Mme :

Prénom(s) :

Anciennement titulaire(s) du compte N°

Ouvert à (Banque ; CCP...)

Demande que mes prestations soient désormais versées sur le compte dont le RIP ou RIB est ci-joint.

- Je suis bénéficiaire d'une rente accident du travail
- Je ne suis pas bénéficiaire d'une rente accident du travail

Date :

Signature :

Joindre, dans tous les cas, l'original du RIB ou RIP comportant l'identité du demandeur