

FORMULAIRE DÉPART DE L'ARCHIPEL

INFORMATION À LA CPS



Caisse de
PRÉVOYANCE SOCIALE
Saint-Pierre et Miquelon

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E) :

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénoms :
Nationalité :
Date de naissance : à :
N° de Sécurité Sociale :

COORDONNÉES DANS L'ARCHIPEL :

Adresse (n° et rue) :
BP : Code Postal : Commune :
Email :
Téléphone : Cellulaire :

NOUVELLE ADRESSE :

Adresse (n° et rue) :
Complément d'adresse :
BP : Code Postal : Ville :
Email :
Pays : Téléphone :

AYANT-DROIT :

	Nom de famille	Prénom(s)
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DÉPART DE L'ARCHIPEL :

Date de fin de rémunération locale :
Date de départ :



PRESTATIONS SERVIES PAR LA CPS :Bénéficiez-vous de prestations servies par la CPS ? Oui Non

Si oui, précisez :

Précisez lesquelles :

Adresse de votre future CAF :

PRESTATIONS FAMILIALES	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	<input type="radio"/> Maladie	<i>Pour quitter le territoire durant un arrêt de travail, vous devez formuler une « demande d'autorisation de quitter le territoire » auprès du médecin conseil de la CPS.</i>
	<input type="radio"/> Accident du travail ou maladie professionnelle	<i>Cette autorisation est obligatoire pour continuer à bénéficier de vos indemnités, et vous permettra également d'obtenir auprès du service Accueil/Affiliation votre formulaire de coordination. SE-975-04 (maladie) ou SE975-09 (AT/MP) pour la prise en charge de vos soins en métropole.</i>

PRESTATIONS VIEILLESSE	<input type="radio"/> Retraite de base de la CPS uniquement	<i>Si vous percevez une retraite de la CPS uniquement (pas d'autre régime de base français), demandez un formulaire SE975-07 au service Accueil/Affiliation pour bénéficier de la prise en charge de vos soins en métropole.</i>
	<input type="radio"/> Retraite de base de la CPS + retraite de base d'un autre régime (ex: ENIM, fonction publique...)	<i>Dans le cas contraire, inscrivez-vous à la CPAM de votre lieu de résidence avec un justificatif de votre retraite en France.</i>

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cet avis sont exacts et accepte que les informations saisies soient utilisées pour permettre de me recontacter et/ou pour me transmettre des informations et documents par voie postale et/ou électronique.

Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

Fait à : _____ le : _____

Signature du déclarant

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale. (articles L.114-10-3 et L.161-1-4 du Code de la sécurité sociale). La CPS peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse de Prévoyance Sociale.

