



ACCUEIL / AFFILIATION

Caisse de Prévoyance Sociale
BP :4220

Angle des bds Colmay et Thélot

97500 St-Pierre et Miquelon

Tél.: 0508 41 15 70

Mail : accueil.cps@secuspm.com

FICHE DE RENSEIGNEMENT

pour inscription à la CPS

Documents à fournir

- Une pièce d'identité + une copie du livret de famille en cas de personne à charge
- R.I.B
- Un certificat de scolarité par enfant à charge
- Pour les fonctionnaires : la copie de l'arrêté de mutation
- Pour les non-fonctionnaires : la copie d'un bulletin de salaire local avec au minimum 60 heures travaillées ou contrat de travail
- Une copie de la carte de mutuelle
- Une copie de l'attestation de l'ancienne CPAM d'affiliation et la carte vitale

① IDENTIFICATION

Nom d'usage Nom de naissance
Prénom Nationalité
Date de naissance à
N° de sécurité sociale

② COORDONNÉES DANS L'ARCHIPEL

Rue BP
Code postal Commune
Tél. Cellulaire
Email

③ SITUATION PROFESSIONNELLE DANS L'ARCHIPEL

Salarié(e) Fonctionnaire Sans emploi Indemnisation ASSEDICS Étudiants RSA/RSO
 Autre, préciser
Employeur Date d'embauche

④ SITUATION FAMILIALE

Célibat Concubinage Vie maritale Veuvage Divorce Séparé(e)
 Mariage Date du mariage Pacs Date du pacs

⑤ CONJOINT(E)

Nom Prénom
Nationalité
Date de naissance à Code Postal
Le (la) conjoint(e) est-il (elle) assuré(e) par lui (elle) même : Oui Non
Si oui, N° de sécurité sociale
Employeur Date d'embauche

Fait à , le

Signature du déclarant :

Dernière adresse personnelle
avant inscription à la CPS

Adresse de la CAF avant inscription
à la CPS de St-Pierre et Miquelon

⑥ PRESTATIONS FAMILIALES

Étiez-vous bénéficiaire de prestations familiales servies par une CAF ?

Oui Non

Si oui, indiquez l'allocataire :

Nota : pensez à demander à votre ancienne CAF la mutation de votre dossier par voie postale.

⑦ ENFANTS DE L'ASSURÉ(E)

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance Code Postal	L'enfant est-il scolarisé ? Si oui, quelle école
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

⑧ ENFANTS ÉLEVÉS PAR L'ASSURÉ(E)

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance Code Postal	L'enfant est-il scolarisé ? Si oui, quelle école
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non