

FORMULAIRE
ETUDIANTSFICHE DE RENSEIGNEMENTS
INSCRIPTION À LA CPS

ORIGINE : RETOUR DE L'ÉTRANGER (HORS RAMQ)



LES DOCUMENTS À FOURNIR :

(cocher les options selon la situation de l'étudiant à son retour à SPM)

- une pièce d'identité
- un RIB
- un certificat de scolarité
(s'il n'a pas déjà été transmis en début de période scolaire)
- une copie de la carte de mutuelle
- le cas échéant, la copie d'un bulletin de paie local avec au minimum 60h travaillées ou le contrat de travail
- le contrat d'assurance privée ou une attestation sur l'honneur mentionnant la date de fin du contrat d'assurance privée

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE : PRÉNOMS : DATE DE NAISSANCE : À : NATIONALITÉ : N° et RUE : BP : CODE POSTAL : COMMUNE : MAIL : TELEPHONE : DATE DE D'ARRIVÉE : DATE DE DÉPART PRÉVUE * : ** la date de départ de l'archipel n'étant pas toujours connue ou définitive en début de congés estivaux, il est possible d'en indiquer une provisoire et de contacter à nouveau le service Accueil-Affiliation lorsque la date est connue.***Caisse de prévoyance Sociale**

Angle des bds Colmay et Thélot

97500 Saint-Pierre et Miquelon

Tél.: 0508 41 15 70 | Mail : accueil.cps@secuspm.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

INSCRIPTION À LA CPS

ORIGINE : RETOUR DE L'ÉTRANGER (HORS RAMQ)



MA SITUATION AU RETOUR DE L'ARCHIPEL

- Avance des frais pour demande de remboursement auprès de mon organisme d'assurance, dans le cas où j'ai un contrat d'assurance privée en cours (type Caisse des Français à l'Étranger).

SI MON CONTRAT D'ASSURANCE PRIVÉ EST ÉCHU/ARRIVE À ÉCHÉANCE, JE PRODUIS UN DOCUMENT ATTESTANT DE LA CLÔTURE DU CONTRAT OU BIEN JE TRANSMETS UNE ATTESTATION SUR L'HONNEUR MENTIONNANT LA DATE DE FIN DU CONTRAT. DANS CE CAS, MES OPTIONS D'AFFILIATION À LA CPS SONT LES SUIVANTES :

- Ayant-droit d'un(e) assuré(e) CPS si je ne travaille pas à mon retour à SPM (option possible **si j'ai moins de 21 ans**).

- Ouverture des droits par le travail effectué au cours des 24 derniers mois (dans le cas où j'ai effectué **au moins 60 heures pendant un mois**).

- Souscription à l'assurance personnelle maladie-maternité (formulaire à compléter + cotisation trimestrielle à payer).

- Ouverture des droits par le travail à venir,

dont les dates d'embauche sont prévues du : _____ au : _____

identification de l'employeur : _____

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE, N'HÉSITÉS PAS À CONTACTER NOTRE SERVICE ACCUEIL-AFFILIATION & FLUX ENTRANTS PAR TÉLÉPHONE AU 0508 41 15 70 OU PAR MAIL À ACCUEIL.CPS@SECUSPM.COM

Fait à _____

Signature du déclarant :

Le _____

