



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INSCRIPTION À LA CPS

ORIGINE : RETOUR DE L'ÉTRANGER (HORS RAMQ)



IDENTIFICATION :

N° de Sécurité Sociale :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance : à :

Nationalité :



ADRESSE DANS L'ARCHIPEL :

Adresse (n° et rue) :

BP : Code Postal : Commune :

ADRESSE DU LIEU D'ÉTUDE :

Adresse (n° et rue) :

Complément d'adresse :

BP : Code Postal : Ville :

Pays :

Téléphone :

Email :



INFORMATION DÉPART :

Date de départ :

Certificat de scolarité transmis à la CPS: Oui Non^(*)

() Si non, merci de l'envoyer à l'adresse mail accueil.cps@secuspm.com dès que votre établissement scolaire vous aura transmis le document.*

Pour tout renseignement complémentaire,
n'hésitez pas à contacter notre service Accueil-Affiliation
par téléphone au **0508 41 15 70** ou par mail à **accueil.cps@secuspm.com**

Fait à le :

Signature du déclarant :





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 transmettre 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 :

- Ouverture des droits en qualité de membre de la famille (possible si j'ai moins de 20 ans)

- Ouverture des droits si ma période d'études est inférieure à 6 mois

- Ouverture des droits dès lors que j'ai un contrat de travail à SPM

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

Identification de l'employeur : _____

- Ouverture des droits par le travail à venir :

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

Identification de l'employeur : _____

Si aucune des options ci-dessus ne correspond à ma situation :

Je prévois une assurance voyage qui me couvre en cas de nécessité de soins pendant mon séjour à St-Pierre et Miquelon

Pour tout renseignement complémentaire,
n'hésitez pas à contacter notre service Accueil-Affiliation
par téléphone au **0508 41 15 70** ou par mail à **accueil.cps@secuspm.com**

Fait à _____ le : _____

Signature du déclarant :

En application du règlement général sur la protection des données (RGPD) n°2016/679 et de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations collectées via ce formulaire sont exclusivement destinées aux finalités mentionnées à savoir le renseignement des informations permettant l'inscription à la Caisse de Prévoyance Sociale d'un ressortissant étranger par la Caisse de Prévoyance Sociale. Ces données seront conservées pour une durée de 33 mois.

Vous disposez des droits suivants concernant vos données personnelles : accès, rectification, suppression, limitation et opposition au traitement.

Pour toutes questions ou demande relative à vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante : dpo@groupe-aesatis.com ou dpo@secuspm.com.

En cas de désaccord, vous avez également la possibilité de déposer une plainte auprès de la CNIL (www.cnil.fr)

