



Identification du souscripteur

[illegible]

Souscription

■ Souscription au contrat Santé Evin Paysage Cadre et TAM

- ☐ Je déclare souscrire au contrat Santé Evin Paysage, en toute connaissance de cause et en plein accord avec les dispositions des Conditions générales valant Notice d'information qui m'ont été remises avec le présent bulletin.
- ☐ J'autorise CPCEA à prélever le montant de la cotisation afférente à mon contrat et je lui fournis les pièces justificatives nécessaires mentionnées ci-dessous :
- Je choisis le prélèvement : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel

Date d'effet

- ☐ Je suis informé(e) que mon contrat prendra effet le lendemain de la cessation de ma garantie collective si ma demande de souscription est envoyée au plus tard dans le mois civil qui suit ma sortie du contrat collectif.
- Dans le cas contraire, mon contrat prendra effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du présent bulletin de souscription.

Demande d'extension des garanties

- ☐ Je déclare vouloir étendre la couverture santé à mes ayants droit désignés ci-après :

Nom	Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	Lien de parenté	Organisme d'affiliation	N°INSEE	Refus Echange Noemie
.....			__ / __ / ____				☐
.....			__ / __ / ____				☐
.....			__ / __ / ____				☐
.....			__ / __ / ____				☐
.....			__ / __ / ____				☐



Pièces à joindre au présent bulletin de souscription

Pour la souscription du contrat :

- Photocopie de votre carte nationale d'identité en cours de validité ;
- Photocopie de la notification de la pension retraite ou la notification d'invalidité ou l'attestation d'inscription et d'indemnisation de France Travail ou l'attestation de fin de droit à la portabilité ;
- Photocopie de votre attestation de droits et votre carte Vitale ;
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
- Mandat SEPA dûment complété et signé par vos soins ;
- Pour les ayants droit d'un salarié ou souscripteur décédé : photocopie du certificat de décès

Pour les ayants droit :

- Photocopie de l'attestation de carte Vitale de chacun de vos ayants droit à couvrir s'ils ne figurent pas sur la vôtre ;
- Photocopie du livret de famille ou du PACS ou, pour le concubinage, toute preuve justifiant de 2 ans de vie commune en l'absence d'enfant en commun. En cas de présence d'un enfant en commun, joindre la photocopie de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ;
- photocopie des pièces justificatives pour les enfants à charge de plus de 20 ans : bulletin de paie ou certificat de scolarité ou contrat d'apprentissage ou attestation de non-indemnisation par France Travail ou carte d'invalidité devenue carte mobilité inclusion (CMI) mention « invalidité » et tout justificatif prouvant l'invalidité avant le 21^{ème} anniversaire de l'enfant.



Renonciation

Vous bénéficiez d'un délai de 30 jours de réflexion à compter de la réception du certificat de souscription pour exercer votre droit de renonciation si vous n'avez perçu aucun remboursement de frais de santé durant ce délai. pour renoncer, il vous suffit d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Institution indiquant :

- pour la renonciation au contrat : « Je soussigné(e), (nom, prénom, n° de Sécurité sociale, code client), demeurant (adresse), déclare vouloir exercer mon droit de renonciation prévu à l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale. Je demande ainsi l'annulation de ma souscription au contrat Santé Evin Paysage Cadre et TAM à la réception de la présente lettre. Je vous remercie de bien vouloir effectuer le remboursement des sommes éventuellement déjà versées. »
- pour la renonciation à une extension de garantie au profit d'un ayant droit : « Je soussigné(e), (nom, prénom, n° de Sécurité sociale, code client), demeurant (adresse), déclare vouloir exercer mon droit de renonciation partielle prévu à l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale. Je demande ainsi l'annulation de l'extension de garantie demandée au profit de (nom, prénom) du contrat Santé Evin Paysage Cadre et TAM à réception de la présente lettre. Je vous remercie de bien vouloir effectuer le remboursement des sommes déjà versées. »

La renonciation entraîne la restitution des sommes perçues par l'Institution au titre des cotisations dans un délai maximal de 30 jours.



Déclaration du souscripteur

- Je déclare les réponses consignées ci-dessus complètes et conformes à la vérité et certifie n'avoir rien caché ou dissimulé qui puisse tromper CPCEA.
- Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans les Conditions Générales valant Notice d'information du Contrat qui m'ont été remises préalablement à l'adhésion et reconnais le caractère obligatoire des réponses à l'ensemble des questions posées.
- Je déclare avoir pris connaissance de l'information précontractuelle comprenant le document d'information sur le produit d'assurance, les informations d'ordre général ainsi que la fiche conseil.

Fait à :

Le :

Signature

Document à retourner complété et signé, accompagné des pièces justificatives, à :
CPCEA
21, rue de la Bienfaisance
75382 Paris Cedex 08