



Identification du souscripteur

Form fields for subscriber identification: N° Sécurité sociale, Code client Agrica, Date de naissance, Sexe, Nom d'usage, Nom de naissance, Prénom, Situation, Adresse, Statut, etc.

Souscription

Souscription au contrat Santé Evin Paysage Cadre et TAM. Includes checkboxes for consent and dropdown for payment frequency (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.

Demande d'extension des garanties

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

Table with 8 columns: Nom, Prénom, Sexe M/F, Date de naissance, Lien de parenté, Organisme d'affiliation, N°INSEE, Refus Echange Noemie. Contains multiple rows for dependent declaration.

## Pièces à joindre au présent bulletin de souscription

### ▼ Pour la souscription du contrat :

- relevé d'Identité Bancaire (RIB)
- mandat SEPA dûment complété et signé par vos soins
- photocopie de votre attestation vde droits et votre carte Vitale

### ▼ Pour l'extension de garanties aux 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 Pôle emploi ou carte d'invalidité et tout justificatif prouvant l'invalidité avant le 21<sup>ème</sup> 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 Évin 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