

BULLETIN D'ADHESION

Ambassade _____

N° de contrat _____

Si un contrat existe déjà avec votre ambassade

N° de filiale _____

Début de la couverture

Premier jour du mois

jour mois année

NOM _____

PRENOM _____

Nom de jeune fille _____

Naissance

jour mois année

Sexe

H/F

Taille _____ Poids _____

Nationalité _____

Pays d'origine _____

Pays de résidence _____

Date d'affectation
dans le pays de résidence

mois année

Fonction _____

E-Mail _____

Veillez indiquer votre email afin de recevoir les informations sur vos remboursements, (une seule adresse pour toute la famille).

N° mobile _____

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement général sur la protection des données (RGPD) en date du 25 mai 2018, les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat feront l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion et l'exécution de votre contrat santé. En signant ce document, vous donnez expressément votre consentement au traitement de vos données personnelles. Aucune utilisation commerciale ne sera faite de ces données.

En application de la législation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant l'utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données : info@carps.fr / CARPS INTERNATIONAL, 168 rue de Grenelle, 75007 Paris

Par la présente, je certifie ne pas avoir été malade ces 6 derniers mois et à ma connaissance, je suis en bonne santé.

Par la présente, je certifie de ne pas bénéficier d'autre système d'assurance santé.

jour mois année

Signature avec cachet de l'ambassade