



# DEMANDE DE FIN D'AFFILIATION EN ASSURANCE VOLONTAIRE

Date de réception

## DEMANDEUR

Nom   
*suivi du nom marital*

Prénom(s)

DN  Né(e) le   /   /     À \_\_\_\_\_

## COORDONNEES (à remplir en cas de changement)

N° et nom de la voie

Immeuble

Quartier

PK   C/mont  C/mer Commune

BP  Code Postal  Localité

Tél : Domicile  Bureau  Portable

Fax  Courriel \_\_\_\_\_

Je sollicite la fin de mon affiliation en assurance volontaire :

- Retraite pour compter du 1<sup>er</sup> /   /
- Accidents de travail et maladies professionnelles pour compter du   /   /

À

Le   /   /

Signature du demandeur

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à la Caisse de prévoyance sociale représentée par son Directeur, BP 1 – 98 713 Papeete Polynésie française.

Ce traitement a pour finalité la gestion administrative de votre demande, le traitement du montant de vos cotisations, son archivage ainsi que le calcul et le suivi des versements des prestations retraites et le contrôle des éléments déclarés notamment en matière de fraude, faux et abus.

Les destinataires de ces données sont la CPS, la Direction en charge des contributions et la Direction générale des finances publiques dans le cadre du droit de communication ainsi que les instances judiciaires dans le cadre de réquisitions.

La durée de conservation des données est celle prévue par la réglementation en la matière en fonction de chaque traitement susmentionné.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement selon les délais réglementaires.

Vous pouvez adresser votre demande au délégué à la protection des données (DPO) par courriel à l'adresse « [dpo@cps.pf](mailto:dpo@cps.pf) » ou l'adresse postale susmentionnée.

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés.