

A l'aide de ce formulaire, le titulaire d'un produit de certification (carte de la famille CPS et code confidentiel ou certificat logiciel) ou son mandataire, peut déclarer :

- un incident survenu relatif à ce produit ;
- un changement d'adresse à titre individuel, pour l'envoi de la carte et des codes confidentiels, (excepté pour les PS gérés par le RPPS ⁽¹⁾).

Sont qualifiés d'incidents les événements suivants : vol, perte, non-réception ou dysfonctionnement du produit de certification.

De la même façon, le « Représentant légal » d'une structure signataire du Contrat de commande de produits de certification (« l'Abonné »), ou ses mandataires, peuvent utiliser ce formulaire pour eux-mêmes ou pour les salariés de la structure.

1. NUMERO DE CONTRAT STRUCTURE

N° Contrat :

Si vous connaissez le numéro de contrat de commandes de produits de certification existant, veuillez le mentionner ici.

2. IDENTIFICATION DE L'ABONNÉ

Dénomination de la structure

SIRET

FINESS géographique

Code postal

Commune

Téléphone

Adresse courriel

3. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (titulaire du produit, représentant légal ou mandataire)

 Mme M.

Nom / prénom

Téléphone

Numéro de la dernière carte active

Adresse courriel

Numéro d'identification du demandeur (n° RPPS, n° ADELI, n° étudiant ou n° de matricule)

4. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

• Identification de la personne concernée par l'incident ou le changement d'adresse (si différente du demandeur) :

 Mme M.

Nom / prénom

Téléphone

Adresse courriel

Numéro d'identification du porteur (n° RPPS, n° ADELI, n° étudiant ou n° de matricule)

• Identification de l'incident

Produit concerné :

 Carte

 Code confidentiel

 Certificat logiciel

→ Type carte

 CPS

 CDE / CPE

 CDA / CPA

Numéro de la dernière carte active

(situé sous le nom du porteur)

→ Type certificat

 SSL

 SMIME

 CONF

Nom de domaine

Incident :

 Vol

 Perte

 Dysfonctionnement →

 Carte hors tension

 Certificat ne fonctionne pas

 Non réception

 Pb de révocation du certificat

 Raison inconnue

• Changement d'adresse de livraison de la carte

 Adresse professionnelle (les cartes CDE/CPE et CDA/CPA et leurs codes sont envoyés à l'adresse du lieu d'exercice)

 Adresse personnelle (uniquement pour les CPS, excepté pour les professions gérées par le RPPS ⁽¹⁾)

Adresse de livraison

Dénomination de la structure

Mention complémentaire

Numéro de voie

Complément de voie

Nom de voie

Libellé de voie

Boîte postale /Lieu-dit

Code postal

Commune

Pays

Je certifie exactes les informations mentionnées dans le présent formulaire. (Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé).

Joindre une photocopie recto/verso d'un justificatif d'identité du demandeur : carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou de résident

Nom et signature du demandeur :

Date :

j j m m a a a a

Ce formulaire accompagné du justificatif d'identité du demandeur est à renvoyer par email à monserviceclient.cartes@asipsante.fr, ou par courrier à l'adresse suivante :

ASIP Santé - Service Relations Clients
2 avenue du Président Pierre Angot
Technopole Hélio parc
64053 PAU CEDEX 9

¹ Les professions actuellement gérées par le Répertoire Partagé des Professionnels de santé de l'ASIP Santé (RPPS) sont les suivantes : sage-femme, médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue. Pour ces professions, l'adresse d'envoi est automatiquement mise à jour à partir des données contenues dans le RPPS. Pour toute modification ces professionnels de santé doivent se rendre au guichet de leur Ordre professionnel.