CAPSSA

QUESTIONNAIRE A RETOURNER AVANT LE 31 DECEMBRE 2011

CE QUESTIONNAIRE DOIT IMPERATIVEMENT NOUS ETRE RETOURNE DUMENT COMPLETE, DATE ET SIGNE. A DEFAUT, VOS PRESTATIONS SERONT SUSPENDUES A COMPTER DE LA MENSUALITE DE JANVIER 2012

PENSION COMPLEMENTAIRE D'INVALIDITE

N° dossier à rappeler :

1 - CHANGEMENT D'ADRESSE

Votre adresse est différente de celle mentionnée ci-dessus ; cochez cette case et indiquez votre nouvelle adresse : ☐

.....

.....

2 - PENSION D'INVALIDITE SERVIE AU TITRE DU REGIME GENERAL

NOTRE INSTITUTION A CONNAISSANCE DE L'ELEMENT SUIVANT : **vous percevez une pension d'invalidité du Régime Général de Sécurité Sociale**

A COMPLETER UNIQUEMENT EN CAS DE CHANGEMENT DE LA PENSION DU REGIME GENERAL :

Pension suspendue ou supprimée ☐ Changement de catégorie d'invalidité ☐

Joignez <u>obligatoirement</u> une photocopie de la notification de suspension, suppression ou révision.

3 - ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET SOMMES VERSEES POUR LE MEME RISQUE INVALIDITE

NOTRE INSTITUTION A CONNAISSANCE DES ELEMENTS SUIVANTS :

Vous n'exercez plus d'activité salariée et ne percevez aucune rémunération ou revenu de remplacement.

A COMPLETER UNIQUEMENT SI DES CHANGEMENTS SONT INTERVENUS :

♦ **Vous avez repris une activité professionnelle** : - Temps Complet : ☐ - Temps Partiel : ☐ Depuis le : / /

Dans un organisme de sécurité sociale : Oui ☐ Non ☐

♦ **Vous percevez ou vous allez percevoir les revenus suivants** :

- Allocation ASSEDIC ou Indemnités journalières ☐
- Retraite ou Préretraite (ARPE, AGEPRET…) ☐ A partir du : / /

♦ **Vous percevez d'autres sommes pour votre invalidité** (autre que le régime général) ☐

Joignez <u>obligatoirement</u> la photocopie des justificatifs de toute modification.

4 - EXONERATION DES PRELEVEMENTS SOCIAUX EN 2012

Si vous êtes non imposable, adressez-nous une copie lisible de toutes les pages de votre **<u>avis de non imposition</u>** 2010 ou de **<u>non recouvrement</u>** de l'impôt sur le revenu en y reportant votre N° de dossier (**Service Comptabilité Tél. : 01 48 03 91 18**).

5 - ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce questionnaire.

Date : ..../..../..... **Signature :**

E-mail : ..... @ .....

Le signataire du présent document déclare avoir été informé que les réponses qui doivent y être mentionnées ont un caractère obligatoire, que le défaut de réponse ou l'incomplétude des réponses apportées pourra entraîner sans préavis la suspension du versement des prestations de la CAPSSA, que les données à caractère personnel transmises par celui font l'objet d'un traitement qui satisfait à la réalisation de l'intérêt légitime poursuivi par cette dernière, que la finalité poursuivie par ledit traitement est de permettre l'examen des droits du prestataire conformément au contrat et au règlement de prévoyance, et que les destinataires de ces données sont exclusivement le personnel de la CAPSSA, et ses dirigeants, ainsi que les administrations d'état pour lesquelles la loi impose une obligation de communication de ces données, ou d'une partie de celles-ci. Il donne par ailleurs son consentement exprès au traitement des données à caractère personnel qui le concernent et qui seraient relatives à sa santé. Il déclare avoir été informé qu'il dispose notamment d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition, conformément à la section II de l'article 5 de la loi du n° 2004-801 du 6 août 2004, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

CAISSE DE PREVOYANCE DES AGENTS DE LA SECURITE SOCIALE ET ASSIMILES
Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale
2 ter, boulevard Saint-Martin - 75010 PARIS
Tél. : 01 48 03 90 90 - Fax : 01 48 03 90 91 - e-mail : contact@capssa.fr - www.capssa.fr