



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

RENTE DE SURVIE
AU CONJOINT SURVIVANT

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 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ETAT CIVIL

Depuis l'attribution de votre rente, vous vous êtes remarié(e) : Oui Non

Si oui, joignez obligatoirement une copie de l'acte de mariage, livret de famille ou acte de naissance avec mention marginale.

3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ORPHELIN

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation depuis la fin de l'année scolaire ou universitaire 2010/2011

Pour les orphelins âgés de 16 ans et plus, joignez obligatoirement toute pièce justifiant de leur situation (certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, copie des bulletins de salaire, certificat médical, ...).

4 - EXONERATION DES PRELEVEMENTS SOCIAUX EN 2012

Si vous êtes non imposable, adressez-nous une copie lisible de toutes les pages de votre avis de non imposition 2010 ou de non recouvrement 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-ci 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