

N° de dossier :

Téléphone : 01.48.03.91.04

## I. CHANGEMENT D'ADRESSE

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

## II. PENSION D'INVALIDITÉ SERVIE AU TITRE DU RÉGIME GÉNÉRAL

Notre institution a connaissance de l'élément suivant : vous percevez une pension d'invalidité du Régime Général de Sécurité sociale de

À COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE CHANGEMENT DE LA PENSION DU RÉGIME GÉNÉRAL :

Pension suspendue ou supprimée  Changement et catégorie d'invalidité : .....

Joignez **obligatoirement** une photocopie de la notification de suspension, suppression ou révision.

## III. VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ET VOS REVENUS HORS ACTIVITE

Notre institution a connaissance de l'élément suivant : vous percevez une rémunération ou un revenu de remplacement :

À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI DES CHANGEMENT SONT INTERVENUS : (Joignez obligatoirement la photocopie des justificatifs de toute modification)

- Vous êtes en arrêt maladie non rémunéré et recevez des indemnités journalières (non subrogées)  Depuis le .....
- Vous avez changé d'horaires d'activité :  Depuis le .....  
Nouvel horaire ..... H ..... min  
Ancien horaire ..... H ..... min
- Vous avez cessé votre activité salariée :  Depuis le .....
- Vous percevez ou allez percevoir les revenus suivants :  À partir du .....
- > Allocation de France Travail
- > Retraite ou Retraite pour carrière longue
- Vous percevez d'autres revenus que votre pension d'invalidité (autres que le régime général : ex auto-entrepreneur...)

## IV. EXONÉRATION DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX EN 2026

Pour bénéficier éventuellement d'une exonération, d'un taux réduit ou intermédiaire, veuillez nous adresser une copie intégrale de votre avis d'imposition 2025 (et 2024 en cas d'une demande d'application d'un taux intermédiaire) en indiquant votre numéro de dossier. Information au service comptabilité 01 48 03 91 18 ou 32 ou sur capssa.fr rubrique "Prélèvement sociaux et fiscaux".

## V. ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e), .....

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce questionnaire.

Si vous avez été victime d'un dommage causé par un tiers responsable de votre invalidité vous devez le déclarer à nos services, dans les meilleurs délais (L.931-11 du Code de la Sécurité sociale)

Courriel : .....

Fait à ..... le ..... Signature

Le signataire du présent document déclare avoir été informé que les réponses qui doivent être mentionnées ont un caractère obligatoire, que le défaut de réponse ou l'incomplétude des réponses apportées pourra entraîner sans préavis la suspension de versement des prestations de la CAPSSA. Je consens à l'utilisation de mes données personnelles collectées par ce formulaire. J'ai pris connaissance de mes droits et des conditions dans lesquelles mes données personnelles seront utilisées dans le cadre de la gestion des prestations du contrat collectif de la CAPSSA à la rubrique du site [www.capssa.fr](http://www.capssa.fr) « Protection des données ». Il est possible d'écrire, pour l'exercice d'un droit ou pour toute demande d'information sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à CAPSSA, DGD, 2 ter Boulevard Saint-Martin, 75010 PARIS en justifiant de votre identité.

