



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 2017 .

PENSION COMPLEMENTAIRE D'INVALIDITE

N° dossier à rappeler :

Dossier suivi par

Tél :

Tél :

Tél :

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 obligatoirement 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 Prérétraite (ARPE, AGEPRET...)

A partir du : / /

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

Joignez obligatoirement la photocopie des justificatifs de toute modification.

4 - EXONERATION DES PRELEVEMENTS SOCIAUX EN 2017

Uniquement si vous êtes non imposable ; Adressez-nous lisiblement votre copie intégrale << avis d'impôts 2016 >> (revenus 2015) en indiquant votre (vos) n° de dossier (s). (Service Comptabilité 01-48-03-91-18)

5 - ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)
renseignements portés sur ce questionnaire.

atteste sur l'honneur l'exactitude des

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.

