



# QUESTIONNAIRE A RETOURNER AVANT LE 30 NOVEMBRE 2017

**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 2018.**

RENTE DE SURVIE  
AU CONJOINT SURVIVANT

**N° dossier à rappeler :**

Le service technique : questionnaires@capssa.fr

Tél : 01.48.03.91.06    Tél : 01.48.03.91.07    Tél : 01.48.03.91.09  
Tél : 01.48.03.91.10    Tél : 01.48.03.91.11    Tél : 01.48.03.91.12

## 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 2016/2017

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 2018

**Uniquement si vous êtes non imposable ; Adressez-nous lisiblement votre copie intégrale << avis d'impôts 2017 >> (revenus 2016) 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-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](mailto:contact@capssa.fr)  
[www.capssa.fr](http://www.capssa.fr)

