



# QUESTIONNAIRE A RETOURNER AVANT LE 30 NOVEMBRE 2018

**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 2019.**

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 : 01.48.03.91.03    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 2017/2018

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 2019

Adressez-nous lisiblement  votre copie intégrale << avis d'impôts 2018 >> (revenus 2017) en indiquant votre (vos) n° de dossier (s). (Service Comptabilité 01.48.03.91.18 ou 01.48.03.91.32)

## 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 de versement des prestations de la CAPSSA.  
Le signataire reconnaît avoir pris connaissance de ses droits vis-à-vis de ses données personnelles décrits dans le document « Mise en application du Règlement Général de la Protection des Données au 25 mai 2018 » consultable sur le site www.capssa.fr rubrique « publications » et consent à l'utilisation de ses données personnelles transmises par le présent formulaire.  
Le signataire peut 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 son identité. »

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)

