CAISSE GENERALE DE PREVOYANCE
DES CAISSES D'EPARGNE

Institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale agréée par arrêté ministériel

CADRE RESERVE CGP

Date de réception_____ Date de contrôle _____

N° d'affilié _____Visa de contrôle _____

FORMULAIRE CHOIX D'OPTION CAISSE GENERALE DE PREVOYANCE

Veuillez envoyer ce document à l'adresse indiquée ci-dessous, ***après l'avoir rempli, daté, et signé***

ÉCRIRE AU STYLO NOIR ET EN LETTRES MAJUSCULES

IDENTITE DE L'AFFILIE(E)

NOM DE NAISSANCE _____

PRENOMS *(souligner le prénom usuel)* _____

NOM DU MARI *(s'il y a lieu)*_____

ADRESSE _____

DATE DE NAISSANCE : ☐☐_____ ☐☐☐☐

Jour *Mois en toutes lettres* *Année*

N° DE SECURITE SOCIALE : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ CLE : ☐☐

1) Vous êtes nouvellement affilié(e) à la CGP (affiliation dans l'année)

Ce formulaire est à nous retourner SI et SEULEMENT SI votre choix porte sur l'option 2 ou l'option 3

Je choisis *: (cochez l'option choisie - un seul choix possible) :*

☐ L'option **n° 2** : rente orphelin

☐ L'option **n° 3** : rente de conjoint survivant

à compter de mon affiliation à la CGP.

J'ai bien noté qu'en l'absence de réponse, l'option n° 1 (capital décès) sera appliquée en cas de sinistre.

2) Vous souhaitez modifier votre choix d'option

Je modifie *mon choix d'option à compter du 1er janvier ☐☐☐☐ : (cochez l'option choisie - un seul choix possible) :*

☐ L'option **n° 1** : capital décès

☐ L'option **n° 2** : rente orphelin

☐ L'option **n° 3** : rente de conjoint survivant

Fait à : _____ **Le** _____/_____/_____	**SIGNATURE**

CE CHOIX REND NUL ET NON AVENU TOUTE DISPOSITION ANTERIEURE

Caisse Générale de Prévoyance
4/14 rue Ferrus - CS 80042
75683 PARIS Cedex 14

Tél. : 01 44 76 12 00
Fax. : 01 44 76 12 05

Ensemble Protection Sociale
Association loi 1901 regroupant les moyens communs à la CGP et à BPCE MUTUELLE