



CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ

Photo
Obligatoire

Cadre réservé à la CNSS

Agence :
Date de dépôt :
N° de prestation :

EN-C281	Rev. : 01
Date : 02/02/2015	Page 1/1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Nom (en lettres capitales) : _____
Prénom(s) : _____ Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance : _____ Lieu : _____ Pays : _____
Matricule assuré : _____
Nom du père : _____
Nom la mère : _____
Situation matrimoniale : Célibataire Concubin(e) Marié Divorcé Veuf(e)
Divorcé depuis le : / / Séparé depuis le : / /
Nombre de conjoints : Nombre d'enfants :

L'invalidité est-elle consécutive à un accident pour lequel la responsabilité civile d'un tiers est engagée ? Oui Non

Si oui, nom et prénom (tiers responsable) :

Téléphone : Code postal Ville.....

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi : Oui Non (Cocher les cases correspondantes)

ADRESSE DE CORRESPONDANCE

Quartier (Lieu dit) : _____
Téléphone : Code postal Courriel
Ville : Pays

ADRESSE DE PAIEMENT

Ville : Pays :
Mode de paiement : Guichet CNSS Banque Autre
Joindre un relevé d'identité bancaire *A préciser*

PIECES A FOURNIR

Copie Acte de décès légalisée Copie acte de naissance légalisée / jugement supplétif du demandeur
 Copie Acte de mariage légalisée Carte d'assuré social du défunt Ordonnance de tutelle
 Certificat de travail (joindre au moins une copie) Rapport de police ou de gendarmerie Fiche individuelle d'Etat-civil

Je certifie que les renseignements portés sur le présent formulaire sont exacts. Toute fausse déclaration de ma part sera rejetée et passible de poursuites judiciaires, conformément aux textes en vigueur.

Date et signature :



ETAT DES SALAIRES PAR EMPLOYEUR

EN-C902

Rév. : 00

Date: 29/01/2015

Page 1 / 1

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en reportant les salaires perçus au cours des trois ou cinq dernières années pour les pensions et l'ensemble des salaires perçus au de son activité pour le remboursement des cotisations. Chaque période d'assurance doit être justifiée par tous les moyens de preuve dont vous disposez, notamment certificats de travail, bulletins de salaires, certificats d'embauche ou de cessation.

CADRE RESERVE A L'ASSURE(E)

Nom :
Prénom (s) :
N° assuré social :

Raison sociale de l'établissement :
Numéro cotisant :
Adresse : Tél. :

CADRE RESERVE A LA CNSS

Agence :
Date de dépôt :
N° de prestation :

Table with 15 columns: Année, Janvier, Février, Mars, Avril, Mai, Juin, Juillet, Août, Septembre, Octobre, Novembre, Décembre, Total des salaires annuels soumis à cotisation, Employeur ou N° Cotisant. The table contains 12 empty rows for data entry.

											Total général			

Je certifie authentiques les salaires portés sur le présent formulaire. Toute fausse déclaration de ma part sera rejetée et passible de poursuites judiciaires, conformément aux textes en vigueur.

Nom et qualité du déclarant :

Date et Signature :



RELEVÉ INDIVIDUEL DE PERIODES D'ACTIVITE

EN-C910

Rév. : 00

26/05/2015

1/1

*Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Chaque période d'assurance doit être justifiée par tous les moyens de preuve dont vous disposez,
notamment certificats de travail, bulletins de salaires, certificats d'embauche ou de cessation.*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

Nom :
Prénoms :
Nom de naissance :
Numéro assuré (e) social :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES EMPLOYEURS SUCCESSIFS

Raison sociale de l'employeur	N° Cotisant	Période d'emploi (du au)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné certifie exacts les présents renseignements et déclare n'exercer aucune activité salariée.

Date

Signature