



CAISSE NATIONALE  
DE SECURITE SOCIALE

# DEMANDE DE PENSION/ALLOCATION DE VIEILLESSE

Photo  
Obligatoire

## Cadre réservé à la CNSS

Agence :  
Date de dépôt :  
N° de réception :

EN-C279	Rev. : 01
Date : 02/02/2015	Page 1/1

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ

Nom (en lettres capitales) : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin  Féminin   
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Matricule assuré : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
Nom du père : \_\_\_\_\_  
Nom la mère : \_\_\_\_\_  
Situation matrimoniale de l'assuré : Célibataire  Marié  Divorcé  Veuf(ve)   
(Cocher la case correspondante)  
Nombre de conjoints : ..... Nombre d'enfants : .....

## ADRESSE DE CORRESPONDANCE

Quartier (Lieu dit) : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

## ADRESSE DE PAIEMENT

Quartier (Lieu dit) : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Mode de paiement : Guichet CNSS  Banque  Autre   
(Joindre un relevé d'identité bancaire) A préciser .....

## PIECES A FOURNIR

- Fiche individuelle d'Etat-civil (pour les étrangers)
- Acte de naissance (copie légalisée) ou Jugement supplétif
- Certificat de travail (joindre au moins une copie)

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 :







**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