



CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE

DEMANDE DE PENSION/ALLOCATION DE SURVIVANT

Photo
Obligatoire

Cadre réservé à la CNSS

Agence :
Date de dépôt :
N° de prestation :

EN-C280	Rev. : 01
Date : 02/02/2015	Page 1/1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) DÉCÉDÉ(E)

Nom (en lettres capitales) : _____
Prénom(s) : _____ Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance : _____ Lieu : _____ Pays : _____
Matricule assuré : _____
Nom du père : _____
Nom la mère : _____
Date du décès de l'assuré :/...../..... Lieu du décès :
Cause du décès : accident de circulation accident de travail maladie
Autre préciser

Le décès est-il consécutif 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)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Nom(s) et prénom(s) : _____
Date de naissance : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____ Lieu _____ Pays : _____
Sexe : Masculin Féminin Nationalité :
Qualité du demandeur : conjoint survivant ascendant frère/soeur tiers non parent
À remplir par le conjoint survivant :
Date du mariage :/...../..... Lieu du mariage : Pays :
Le conjoint : est titulaire d'une pension exerce une activité salariée n'est pas titulaire d'une pension
Téléphone : Quartier : Ville :
Pays : code postal : courriel :
Mode de paiement : Guichet CNSS Banque Autre (à préciser)

PIECES A FOURNIR

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copie Acte de décès légalisée | <input type="checkbox"/> Copie acte de naissance légalisée / jugement supplétif du demandeur | |
| <input type="checkbox"/> Copie Acte de mariage légalisée | <input type="checkbox"/> Carte d'assuré social du défunt | <input type="checkbox"/> Ordonnance de tutelle |
| <input type="checkbox"/> Certificat de travail (joindre au moins une copie) | <input type="checkbox"/> Rapport de police ou de gendarmerie | <input type="checkbox"/> 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 :



RELEVÉ INDIVIDUEL DE PÉRIODES D'ACTIVITÉ

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'ASSURÉ

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

**DECLARATION DES AYANTS DROITS (CONJOINTES)**

EN-C900

Rév. : 00

Date:
02/02/2015

Page 1/1

CADRE RESERVE A LA CNSS

Agence : Date de dépôt : / / N° de prestation :

Toute modification portant sur l'une des rubriques de cet imprimé doit être signalée à la CNSS.
Les rubriques doivent être remplies en lettres majuscules, lisibles, sans ratures ni surcharges.

Renseignements concernant le (la) conjoint(e)

Nom (*en lettres capitales*) :

Prénom (s) :

N° assuré social :

Date de naissance : / /

Sexe : Masculin Féminin *(Cocher la case correspondante)*

Lieu de naissance :

Pays :

Renseignements concernant le (la) conjoint(e)

Nom (*en lettres capitales*) :

Prénom (s) :

N° assuré social :

Date de naissance : / /

Sexe : Masculin Féminin *(Cocher la case correspondante)*

Lieu de naissance :

Pays :

Renseignements concernant le (la) concubin(e)

Nom (*en lettres capitales*) :

Prénom (s) :

N° assuré social :

Date de naissance : / /

Sexe : Masculin Féminin Pièces à fournir (*Cocher la case correspondante*)Fiche individuelle d'Etat-civil
mariage légalisée

Photocopie acte de

Photocopie acte de naissance / jugement supplétif légalisée

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 :

**DECLARATION DES AYANTS DROITS (ENFANTS)**

EN-C901

Rév. : 00

Date:
29/01/2015

Page 1/1

CADRE RESERVE A LA CNSS

Agence : Date de dépôt : / / N° de prestation :

Toute modification portant sur l'une des rubriques de cet imprimé doit être signalée à la CNSS. Les rubriques doivent être remplies en lettres majuscules, lisibles, sans ratures ni surcharges.

Renseignements concernant les enfants

Nom (*en lettres capitales*) :

Prénom (s) :

Date de naissance : / /
Féminin Sexe : Masculin *(Cocher la case correspondante)*Nom (*en lettres capitales*) :

Prénom (s) :

Date de naissance : / /
Féminin Sexe : Masculin *(Cocher la case correspondante)*Nom (*en lettres capitales*) :

Prénom (s) :

Date de naissance : / /
Féminin Sexe : Masculin *(Cocher la case correspondante)*Nom (*en lettres capitales*) :

Prénom (s) :

Date de naissance : / /
Féminin Sexe : Masculin *(Cocher la case correspondante)*Pièces à fournir (*Cocher la case correspondante*)Fiche individuelle d'Etat-civil

Jugement d'adoption

Photocopie Acte de naissance / jugement supplétif légalisé Ordonnance de tutelle

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.

Nom :

Date et signature :

Prénom (s) :

Qualité du déclarant :