



CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE

DEMANDE DE PENSION ANTICIPEE

Photo
Obligatoire

Cadre réservé à la CNSS

Agence :
Date de dépôt :
N° de réception :

EN-C899	Rev. : 00
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)
Divorcé depuis le :/...../..... Séparé depuis le :/...../.....
Nombre de conjoints : Nombre d'enfants :

ADRESSE DE CORRESPONDANCE

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiche individuelle d'Etat-civil (pour les étrangers) | <input type="checkbox"/> Certificat Médical médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Acte de naissance (copie légalisée) ou Jugement supplétif | <input type="checkbox"/> Certificat Médecin Conseil |
| <input type="checkbox"/> Certificat de travail (joindre au moins une copie) | <input type="checkbox"/> Certificat de travail |

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.



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