



CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

Photo
Obligatoire

Cadre réservé à la CNSS

Agence :
Date de dépôt :
N° de prestation :

EN-C903	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 : Nationalité :

ADRESSE DE CORRESPONDANCE

Quartier (Lieu dit) : _____
Ville : _____ Pays : _____

ADRESSE DE PAIEMENT

Quartier (Lieu dit) : _____
Ville : _____ Pays : _____
Mode de paiement : Banque Autre
(Joindre un relevé d'identité bancaire) A préciser

PIECES A FOURNIR

- Fiche individuelle d'Etat-civil Carte d'assuré
 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 :



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.



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



CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

EN-C903	Rev. : 00
Date : 02/02/2015	Page 1/1

Nom(s) :

Prénom(s) :

N° assuré social : Né le:// Lieu de naissance :

Pays : Nationalité :

Atteste sur l'honneur avoir quitté **définitivement** le territoire de la République Gabonaise et cessé toute activité salariée depuis la date du//

Cependant, au cas où, par la force des choses, je serais amené(e) à y exercer à nouveau une activité salariée, je m'engage sur l'honneur à verser à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale le montant total du remboursement des cotisations qui sera effectué par cet Organisme à la suite de cette demande.

J'ai connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation.

Fait à : Le ://

Signature