

## DEMANDE DE PENSION APPLICATION FOR PENSION

Nature de la Prestation  
*Kind of benefit*

Civilité  
*Title*

M.  Mme  Mlle  
*Mr. Mrs. Miss*

N° Assuré \*  
*Insured number*

Nom \*  
*Surname*

Prenom \*  
*Given Name*

Date de naissance  
*Date of Birth*

Lieu de naissance  
*Place of birth*

Adresse  
*Address*

Boîte Postale  
*P.O. Box*

Quartier  
*Neighbourhood*

Arrondissement  
*Subdivision*

Pays  
*Country*

Tél  
*Phone*

Fax

E-Mail

Date de cessation d'activité  
*Date cessation of activity*

Date de dépôt  
*Date of*

Signature  
*Signature*

Je soussigné(e),  
*I, the undersigned,*

certifie l'exactitude des informations ci-dessus  
*certify the exactness of the information above*

A  
*In*

Le  
*On*

Signature de l'assuré(e)  
*Signature of the insured*