

DEMANDE DE PENSION APPLICATION FOR PENSION

Nature de la Prestation Kind of benefit _____

Civilité Title **M** Mr. **Mme** Mrs. **Mlle** Miss

N° Assuré * Insured number _____ - _____ - _____

Nom * Surname _____

Prenom * Given Name _____

Date de naissance Date of Birth _____

Lieu de naissance Place of birth _____

Adresse Address _____

Boite 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), certifie l'exactitude des informations ci-dessus
I, the undersigned, certify the exactness of the information above

A _____
In

Le _____
On

Signature de l'assuré(e)
Signature of the Insured