

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