



CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

O.....

01 BOITE POSTALE 374 - COTONOU - TELEPHONES : 21 30 27 21 - 21 30 27 27
21 30 27 30 - 21 30 27 65 - 21 30 27 67 - FAX DIRECTION GENERALE: 21 30 26 36

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Réservé à la caisse

DEMANDE D'IMMATRICULATION

--*-*-*-*-*-*

VOLONTAIRE A L'ASSURANCE VIEILLESSE, INVALIDITE, DECES

NOM :

PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLETE : (Ville, quartier, carré).....

ADRESSE POSTALE : B.P. N° à Tél Mobile.....

NUMERO D'ASSURANCE SOCIALE :

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ACTIVITE EXERCEE AUTREFOIS :

DERNIER EMPLOYEUR:

ADRESSE:

NUMERO D'IMMATRICULATION DU DERNIER EMPLOYEUR:

SALAIRS DECLARES DURANT LES 12 DERNIERS TRIMESTRES PRECEDANT LA DATE DE CESSION D'EMPLOI:

| PERIODES | SALAIRS | PERIODES | SALAIRS | PERIODES | SALAIRS |
|----------------------------|---------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|
| 1 ^{er} TRIM | | 1 ^{er} TRIM | | 1 ^{er} TRIM | |
| 2 ^e TRIM | | 2 ^e TRIM | | 2 ^e TRIM | |
| 3 ^e TRIM | | 3 ^e TRIM | | 3 ^e TRIM | |
| 4 ^e TRIM | | 4 ^e TRIM | | 4 ^e TRIM | |

Certifie exact

A....., le.....

Signature du Demandeur

Voir au verso