



CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

.....0.....

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:

SALAIRES DECLARES DURANT LES 12 DERNIERS TRIMESTRES PRECEDANT LA

DATE DE CESSATION D'EMPLOI:

PERIODES	SALAIRES	PERIODES	SALAIRES	PERIODES	SALAIRES
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