



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 : BP. 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
1er TRIM	1er TRIM .....	.....	1er TRIM .....	.....
2e TRIM	2e TRIM .....	.....	2e TRIM .....	.....
3e TRIM	3e TRIM .....	.....	3e TRIM .....	.....
4e TRIM	4e TRIM .....	.....	4e TRIM .....	.....

Certifié exact

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

Signature du Demandeur

Voir au verso