



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO  
CAISSE NATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DES AGENTS PUBLICS DE L'ÉTAT

Ce formulaire est gratuit

FICHE DE RECLAMATION

INFORMATION SUR L'AGENT PUBLIC

Nom :	Postnom :
Prénom :	Téléphone :
Adresse physique ou du domicile :	
Adresse électronique ou E-mail :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Numéro d'immatriculation CNSSAP :

INFORMATION SUR LA RECLAMATION

Date de réception :	Type de réclamation : Immatriculation : <input type="checkbox"/> Prestation : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/>
Signature de la personne remplissant la réclamation :	
Signature de l'Agent d'Accueil :	Visa du Chef d'Agence :

**Documents à joindre :**

- Carte de sécurité sociale et/ou pièce d'identité de l'assuré
- Tout autre document prouvant la réclamation de l'assuré