

A. IDENTITE DE L'ASSURE DECEDE

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

FORMULAIRE DE DEMANDE DES RENTES DE SURVIE

(A remplir par l'ayant droit ou le liquidateur)

Ce formulaire est gratuit

1. Nom:						
2. Post-nom:						
3. Prénom:						
4. Date de naissance	:					
5. Lieu de naissance :						
6. Sexe:						
7. Date de décès:						
8. N° d'immatriculati	ion à la CNSSAP :					
9. Adresse de résidence :						
B. IDENTITE DU	DEMANDEUR					
Nom	Post-nom	Prénom	Lieu et date de naissance	Lien avec l'assuré décédé		
C. IDENTITE DES BENEFICIAIRES						
Nom	Post-nom	Prénom	Lieu et date de naissance	Lien avec l'assuré décédé		

Déclaration	sur	l'honneur

"Je certifie que les informations complétées ci-dessus sont sincères et exactes."

Date et signature du demandeur

Signature de l'agent prestations

Documents à joindre obligatoirement au présent formulaire

- 1. Un acte de décès de l'assuré;
- 2. Une attestation de veuvage;
 3. Un jugement de désignation de liquidateur;
 4. L'attestation de composition familiale.

Si l'assuré n'était pas bénéficiaire d'une pension de retraite au moment de son décès, joindre les documents complémentaires ci-après :

- 5. Une copie de la carte d'immatriculation;
- 6. Une copie de l'acte de mariage.

Pour plus d'infos

♠ 15, Avenue du Parc, Q/ Makomeno, C/ Lubumbashi Haut Katanga/ Lubumbashi contact@cnssap.cd www.cnssap.cd +243 82 990 84 91



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

IDENTITE DES BENEFICIAIRES

Nom	Post-nom	Prénom	Lieu et date de naissance	Lien avec l'assuré décédé

IDENTITE DES BENEFICIAIRES

Nom	Post-nom	Prénom	Lieu et date de naissance	Lien avec l'assuré décédé
				_

Pour plus d'infos

♠ 15, Avenue du Parc, Q/ Makomeno, C/ Lubumbashi Haut Katanga/ Lubumbashi contact@cnssap.cd www.cnssap.cd +243 82 990 84 91

Axe 4: Promotion de bonnes pratiques

Notre politique qualité :

Axe 1 : Amélioration continue de la qualité de l'offre