

C.R.R.A.E. – U.M.O.A.**CRRAE-UMOA**

Angle Boulevard Botreau ROUSSEL – Rue privée CRRAE-UMOA

01 BP 2056 Abidjan 01- Côte d'Ivoire

Tél. : (225) 20 25 95 00 - Fax : (225) 20 33 41 16 / 20 25 95 25

www.crrae.org e-mail : info@crrae.org

| |
|--|
| DEMANDE DE LIQUIDATION DE DROITS DE REVERSION AU REGIME DE RETRAITE DU PERSONNEL NON CADRE(RCPNC) |
|--|

1. LE CONJOINT DECEDE

NOM:

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE : DATE DE DECES :

DENOMINATION DU DERNIER EMPLOYEUR :

DATE D'ENGAGEMENT : FONCTION :

DERNIERE ASSIETTE DE COTISATION ⁽¹⁾ (en chiffres):

DERNIERE ASSIETTE DE COTISATION(en lettres):

2. LA CONJOINTE SURVIVANTE

| NOM ET PRENOMS | DATE DE NAISSANCE | DATE DE MARIAGE |
|----------------|-------------------|-----------------|
| | | |

3. ENFANTS A CHARGE ⁽²⁾

| NOM ET PRENOMS | DATE DE NAISSANCE | DATE DE MARIAGE |
|----------------|-------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

⁽¹⁾ : A remplir par l'employeur⁽²⁾ : Enfants ayant moins de 21 ans, non marié et n'exerçant aucune activité rémunérée.

| NOM ET PRENOMS | DATE DE NAISSANCE | DATE DE MARIAGE |
|----------------|-------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. DOMICILIATION BANCAIRE DANS UN PAYS DE L'UMOA

| CODE BANQUE | CODE GUICHET | N° DE COMPTE | CLE RIB |
|-------------|--------------|--------------|---------|
| | | | |
| | | | |

5. DOMICILIATION BANCAIRE HORS UMOA

| CODE BIC | CODE BANQUE | CODE GUICHET | N° DE COMPTE | CLE RIB |
|----------|-------------|--------------|--------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |

6. DECLARATION DE LA CONJOINTE

La conjointe soussignée déclare :

1°) - Qu'au moment du décès de Monsieur :.....
elle était une conjointe vivante

2°) - Que son mariage n'a jamais été dissout par le divorce.

3°) - Que les enfants déclarés ci-dessus sont effectivement à charge.

4°) - Qu'à ce jour elle n'est pas remariée.

Elle s'engage en cas de remariage à en informer immédiatement la CRRAE - UMOA.

Elle reconnaît avoir été informée qu'en cas de fausse déclaration, le bénéfice de la pension de réversion sera suspendu.

5°) Adresses

7. PERSONNE SIGNATAIRE DE LA PRESENTE

NOM: PRENOM(S) :.....

ADRESSE POSTALE PRIVEE:

E-MAIL:.....

TELEPHONE :TELEPHONE MOBILE:

8. PERSONNE A CONTACTER

NOM: PRENOM(S) :

ADRESSE POSTALE PRIVEE:

E-MAIL:.....

TELEPHONE :TELEPHONE MOBILE:

Fait à, Le

Chaque signature devra être LEGALISEE et précédée
de la mention manuscrite "LU ET APPROUVE"

Signature (s)

| PIECES A JOINDRE A LA PRESENTE DEMANDE (³) | |
|---|---|
| Pour le conjoint décédé | Acte de naissance Acte de décès et jugement d'hérédité |
| Pour la conjointe survivante | Acte de naissance Acte de mariage Certificat de non divorce et de non-remariage Certificat de vie |
| Pour les enfants à charge | Acte de naissance Certificat de vie collectif Certificat de scolarité ou d'apprentissage Certificat médical pour tout enfant non scolarisé |
| Autres personnes ayant les enfants à charge | Pièces officielles justificatives |

(³): Seuls les originaux ou les photocopies certifiées conformes des pièces sont recevables.