

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 AU REGIME DE RETRAITE
 COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL NON CADRE (RCPNC)**

1. LE DEMANDEUR

NOM: PRENOM(S) :.....
 NOM DE JEUNE FILLE:.....
 DATE ET LIEU DE NAISSANCE :SEXE :.....
 LIEU D'ACTIVITE AU DEPART A LA RETRAITE :
 DATE D'ADMISSION A LA RETRAIRE : ADRESSE
 POSTALE PRIVEE:
 E-MAIL:.....
 TELEPHONE :TELEPHONE MOBILE:

2. PERSONNE A CONTACTER

NOM: PRENOM(S) :.....
 ADRESSE POSTALE PRIVEE:
 E-MAIL:.....
 TELEPHONE :TELEPHONE MOBILE:

3. DOMICILIATION DANS UN PAYS DE L'UMOA

CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° DE COMPTE	CLE RIB

4. DOMICILIATION HORS UMOA

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

5 CONJOINT(E)

NOM ET PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	DATE DE MARIAGE

6 ENFANTS A CHARGE

NOM ETPRENOMS	DATE DE NAISSANCE	DATE DE MARIAGE

7 RECONSTITUTION DE VOTRE CARRIERE

DENOMINATION DU DERNIER EMPLOYEUR :

DATE D'ENGAGEMENT :FONCTION :

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

DERNIERE ASSIETTE DE COTISATION(en lettre):.....

.....

LIEUX D'EMPLOI	PERIODES D'EMPLOI	ORGANISMES DE RETRAITE
1)		
2)		
3)		
4)		

Signature du demandeur

**Visa et Cachet
du dernier Employeur**

8 VOTRE DECLARATION DE CESSATION D'ACTIVITE

Je soussigné (e)
 déclare ne plus exercer d'activité salariée pour compter du

Je m'engage à signaler immédiatement à la Caisse toute reprise d'activité salariée.

Fait à..... le

Signature