

**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) 27 20 25 95 00 - Fax : (225) 27 20 33 41 16 / 27 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 DEL'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)**

<b>NOM ET PRENOMS</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b>	<b>DATE DE MARIAGE</b>

**6 ENFANTS A CHARGE**

<b>NOM ETPRENOMS</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b>	<b>DATE DE MARIAGE</b>

**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