

**C.R.R.A.E. - U.M.O.A.**

Rue OBIN Atsin, Riviera Bonoumin, Cocody

01 BP 2056 Abidjan 01- Côte d'Ivoire

Tél. : (225) 25 22 01 83 83

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 RETRAITE.....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 ACHARGE

NOM ET PRENOMS	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