

**CRRAE•UMOA****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 PAR REPARTITION DU PERSONNEL CADRE(RRPC)

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. PERSONNEACONTACTER

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

3. DOMICILIATION DANS UN PAYS DE L'UMOA

CODE BANOUE	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 ETPRENOMS	DATE DENAISSANCE	DATEDEMARIAGE

6 ENFANTSA CHARGE

NOM ETPRENOMS	DATE DENAISSANCE	DATE DEMARIAGE

7 RECONSTITUTIONDEVOTRECARRIERE

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 EmpJoueur**

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