



DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

CADRE RESERVE A LA CNSS

Agence :
Date de dépôt :
N° de prestation :

Photo d'identité
récente

Renseignements concernant l'assuré (e)

Nom (en lettres capitales) :
Prénom (s) :
Nom de naissance :
Numéro assuré social : - Numéro d'Identification Personnel (NIP) :
Date de naissance : / / Lieu : Pays :
Nationalité : Sexe : Masculin ☐ Feminin ☐
Situation matrimoniale : Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf (ve) ☐ Nombre de conjoints :
Nombre d'enfants : Etes-vous titulaire d'une autre prestation ? NON ☐ OUI ☐
Si oui type de prestation : Rente ☐ Pension ☐ Autres
Numéro prestation : Organisme payeur : ☐ CNSS ☐ CPPF Autre
L'invalidité est-elle consécutive à un accident pour lequel la responsabilité civile d'un tiers est engagée ? ☐ NON ☐ OUI
Si oui, nom et prénom (tiers responsable) :
Téléphone : Code postal : Ville :
Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi : ☐ OUI ☐ NON
L'assuré a-t-il cotisé dans un autre régime de sécurité sociale ? Oui ☐ Non ☐ Si Oui N° d'affiliation :

Adresse de correspondance

Quartier (Lieu-dit) :
Téléphone : Code postal : Mail :
Ville : Pays :

Adresse de paiement

Relevé d'Identité Bancaire (*d'une banque locale) :
Téléphone : Code postal : Mail :
Ville : Pays :



e.cnss.ga



PLUS PRÈS DE VOUS !



Pièces à fournir (cocher la case correspondante)

- ☐ Copie légalisée d'acte de naissance ou jugement supplétif
- ☐ Fiche Individuelle d'état civil ou copie acte de naissance légalisée par l'ambassade (pour les étrangers)
- ☐ Copie CNI / Passeport ou Carte de séjour pour les étrangers
- ☐ Deux (02) photos d'identité récentes
- ☐ Etat de carrière (à télécharger sur e.cnss.ga)
- ☐ Certificat médical du Médecin traitant
- ☐ Certificat médical du Médecin conseil de la CNSS
- ☐ Rapport de police ou gendarmerie (si un rapport a été établi)
- ☐ Copie légalisée d'acte de mariage ou acte de divorce (si applicable)
- ☐ Copie légalisée acte de naissance des enfants
- ☐ Relevé d'identité Bancaire (RIB)

Je certifie que les informations portées sur le présent formulaire sont exactes. Toute fausse déclaration de ma part sera rejetée et passible de poursuites judiciaires, conformément aux textes en vigueur.

Date et signature

Informations sur les ayants-droit

CONJOINT (S)

Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance	Date de Mariage	Téléphone

ENFANT (S)

Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance

ASCENDANT (S)

Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance

PLUS PRÈS DE VOUS!

