CNSS
Caisse Nationale de Sécurité Sociale

PHOTO

Centre de Gestion : ……
Date :…… ……
N° Enregistrement : ……

MOD. PA2 : DEMANDE DE PENSION DE RETRAITE ANTICIPEE (AVEC USURE)

IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale

1) Nom : ……
2) Post-nom : ……
3) Prénom : ……
4) Lieu et date de naissance : ……,……
5) Nom du Père : ……
6) Nom de la Mère :……
7) N° de la carte d'identité ou du tenant lieu :……
8) Adresse (en vue du paiement) : ……
9) N° Téléphone : ……E-mail : ……@……
10) N° compte bancaire : ……
11) Banque : ……

LE DEMANDEUR DECLARE :

1) avoir atteint au moins l'âge de cinquante-cinq ans en date du …… ;
2) avoir réuni au moins cent quatre-vingts mois d'assurance ;
3) avoir cessé toute activité salariée en date du …… ;
4) qu'il bénéficie ou non d'une (des) prestation(s) octroyée(s) par la CNSS (*) : Oui ☐ Non ☐
   Si oui, nature de la (des) prestation(s) : ……
   Payée(s) par : banque ☐ ou caisse espèces ☐
   Eventuellement le (les) numéro(s) de la (des) décision(s) : ……
5) que sa famille est composée de :
   a) Conjoint(e) ……
      Date de naissance : ……
      Date de mariage (**) : ……
   b) Enfants :

N°	Nom & Post-nom	Date de naissance	N°	Nom & Post-nom	Date de naissance
01			08		
02			09		
03			10		
04			11		
05			12		
06			13		
07			14		

Le travailleur prend l'engagement d'informer la CNSS en cas de reprise d'activité procurant une rémunération.

Il certifie que les renseignements fournis dans la présente demande de pension sont sincères et exacts, et atteste en outre que toutes les pièces justificatives mentionnées au verso y sont effectivement jointes.(***)

La présente demande est remplie par : Employeur ☐ Travailleur ☐

(*) *Biffer la mention inutile ou cocher la case correspondante ;*
(**) *Date à laquelle le mariage a été enregistré à l'Etat civil ;*
(***) Dans le cas où cette demande est remplie par l'employeur, cet engagement ne le lie pas.

Fait à ……, le ……..20…….

NOM, SIGNATURE ET SCEAU DE L'EMPLOYEUR

OU SIGNATURE DU TRAVAILLEUR

PERIODE DE SERVICES				
Nom, post-nom, prénom ou dénomination de l' (des) employeur(s)	DATE		Lieu de prestation des services	OBSERVATION(S)
	du début	de la fin		

MONTANT DES REMUNERATIONS SOUMISES A COTISATION DES 60 DERNIERS MOIS							
N°	MOIS	ANNEE	MONTANT	N°	MOIS	ANNEE	MONTANT
01				31			
02				32			
03				33			
04				34			
05				35			
06				36			
07				37			
08				38			
09				39			
10				40			
11				41			
12				42			
13				43			
14				44			
15				45			
16				46			
17				47			
18				48			
19				49			
20				50			
21				51			
22				52			
23				53			
24				54			
25				55			
26				56			
27				57			
28				58			
29				59			
30				60			

NB : Joindre le certificat médical attestant l'inaptitude à exercer une activité salariée dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la CNSS ainsi que tous les documents servant de preuve à l'accomplissement des services déclarés et du montant de rémunérations perçues au cours des 60 derniers mois d'assurance (attestations de fin de service, bulletins de paie, …).