

CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE	CONVENTION GENERALE DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE ROYAUME DU MAROC ET LA REPUBLIQUE TUNISIENNE	FORMULAIRE M/T 12
---	--	------------------------------

INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION :

d'invalidité de vieillesse de survivants

Articles 20 à 29 de la convention.
Articles 26, 28, 32, 33, 34, 35 de l'Arrangement Administratif

Ce formulaire complété dans sa partie A par l'institution du pays de résidence est transmis en double exemplaire, à l'institution compétente de l'autre pays. Une fois que cette dernière a complété la partie B, elle retourne un exemplaire à l'institution du pays de résidence.

PARTIE A

(à remplir par l'institution compétente du pays de résidence)

Date de la demande.....

N° d'immatriculation De l'assuré :

au Maroc :

en Tunisie :

1	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR
Nom : Nom de jeune fille :	
Prénoms : Prénom du père.....	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Situation de famille : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Divorcé (e)	
Date de naissance : Lieu de naissance :	
Nationalité :	
Adresse :	
.....	
Lien de parenté avec l'assuré :	
Date de mariage :	

2

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR ASSURE

Nom : Nom de jeune fille :

Prénoms :

Sexe : masculin féminin

Situation de famille : marié(e) célibataire veuf (veuve) Divorcé (e)

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse du lieu de résidence :

.....

N° d'immatriculation - Au Maroc

- En Tunisie

Date de décès : Lieu de décès :

- L'assuré est-il encore en activité salariée oui non

- L'assuré n'est plus en activité salariée à partir du

- L'incapacité le décès est dû(e) à un accident de travail ou à une maladie professionnelle

oui non

3

a droit n'a pas droit à une pension ou rente

était n'était pas titulaire d'une pension ou rente

dans le cas affirmatif :

-Nature de la pension ou rente

-Montant

-Institution débitrice

-Date de prise d'effet

4

Périodes d'assurance accomplies dans le pays de l'institution de résidence

Périodes d'assurance	Cotisations		Périodes Assimilées	Nombre de Jours
	Obligatoires	Volontaires		
Duau				
Duau				
Duau				
Duau				
Duau				
Total				

5 Indication fournies par le demandeur éventuellement, concernant les périodes d'assurance accomplies dans l'autre pays.

Nom et n° d'affiliation de l'employeur	Période du.....au.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6 Renseignements concernant les ayants droit

Noms et Prénoms	Date de Naissance	Lien de Parenté	Activité	Est-il handicapé ? *
.....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
.....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
.....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
.....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
.....		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Adresse dans le pays de résidence :

.....

.....

En cas d'existence d'un enfant handicapé, joindre pièces justificatives : carte d'handicapé

7 INSTITUTION DU PAYS DE RESIDENCE

Dénomination :

Adresse :

A....., le.....

Cachet
signature du représentant de l'institution

