1.

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA FRANCE ET LE MAROC

Formulaire SE 350-17

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE (pension)

(Article 23 et 24 de la Convention – Articles 21 et 22 de l'arrangement administratif général)

Ce formulaire est établi par l'institution auprès de laquelle l'intéressé a formulé sa demande de pension. Dès lors que l'assuré a été soumis à la législation appliquée par l'institution d'instruction il doit être joint à la demande de pension. L'institution de l'autre État contractant adressera, à l'institution d'instruction, au moyen d'un formulaire identique, le relevé des périodes d'assurance accomplies par l'intéressé sous la législation qu'elle applique. Ce document peut également être utilisé lorsque l'assuré, qui ne réside pas dans l'État de l'institution compétente, réclame uniquement un relevé de ses périodes d'assurance.

1.1	Dénomination :		1	•
1.2	Adresse :			
		-	7	
		~		
2	TRAVAILLEUR			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de naissance	
2.2	Date de naissance	Lieu de na	issance	
2.2		Lieu de na	issance	
2.2	Nationalité : (1)	Sexe	iissance	
	Nationalité : (1)	Sexe	issance	
	Nationalité : (1)	Sexe	iissance	

(1) Préciser le numéro d'identité (CIN) pour une personne de nationalité marocaine

INSTITUTION DESTINATAIRE

3.								-
Périodes d'assurance et périodes assimilées		Périodes			Régime ou profession	Renseignements supplémentaires sur l'activité dans les mines (3)		
année	e du	au	Nature (2)	Trimes tres	Mois	Jours		
								*
				ī.				
								r.
								-
	ation de durée ne français)	d'assurance	2			100 U		<u> </u>
3.1	Total des pério	odes						
	Au régime	marocair	1 [français	de	e sécurité s	sociale	
3.2	Observations	7.8 7.8						
3.3	La personne a	ssurée qui ju	ustifie d'ur	ne période	d'assurar	nce inférieu	ıre à 52 semaine	s
	peut béné	ficier			Ппет	eut pas bé	énéficier	
			on de la lé	égislation i			t à l'article 26 de	la Convention.
(2) C) : pour période	d'assurance	obligatoii	re V	: pour pé	riode d'ass	surance volontair	e
A	: pour période	assimilée						
	Activité NP - jour PZ	Z - fond						

INSTITUTION QUI REMPLIT LE FORMULAIR	RE
Dénomination :	
Adresse :	
Cachet	4.4 Date
	4.5 Signature
	Dénomination :

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.