

DEMANDE D'ENQUETE (AT/MP)

Relative aux droits

- de l'assuré
 des ayants-droit

N° réf :

A- Identification du dernier employeur

N° CNSS Employeur : Nom ou raison sociale : Sigle :
Adresse : BP :
Tél : Fax : E. mail

B- Identification de l'assuré

N° CNSS Assuré : Nom et prénom :
Nom jeune fille : Date de naissance : Lieu de naissance :
Date affiliation : Date de décès :
Adresse : BP :
Tél : Fax : E. mail

C- Objets de l'enquête :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prière de faire diligence pour fournir les résultats au plus tard le

Fait à le

Le chef de service

Pièce jointes : Cf verso