



## DEMANDE DE PRESTATIONS ESPECES (Travailleurs indépendants)

A D H E R E	Matricule .....
	Nom : .....
	Prénom : .....
	Adresse professionnelle : .....
N T	Adresse personnelle : .....
	Date de cessation d'activité effective et complète : .....
	Percevez-vous :
	- une pension de retraite <span style="float: right;">OUI <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">NON <input type="checkbox"/></span>
C O N J O I N T	- une indemnisation au titre d'une assurance privée <span style="float: right;">OUI <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">NON <input type="checkbox"/></span>
	Votre conjoint(e) exerce-t-il (elle) une activité professionnelle <span style="float: right;">OUI <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">NON <input type="checkbox"/></span>
	Si oui, laquelle : .....
	Matricule de votre conjoint(e) : .....
	Ressources professionnelles annuelles : .....
	Nom et adresse de son employeur, ou, à défaut en cas de profession indépendante ou libérale, le lieu d'exercice : .....

Je soussigné(e), ....., certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à ..... le .....

Signature