Caisse Malienne de Sécurité Sociale

Servir et Accompagner

DEMANDE DE LIQUIDATION DE PENSION

Je Soussigné (e) : .....

Né le : .....

Adresse : .....

.....

Objet de la demande : .....

Tel : .....

Je suis déjà titulaire de la pension ci-après :

	Structure Liquidatrice	N° D'Inscription	Montant	Date de Jouissance	Date et n° de l'acte concession

ÉPOUSE

Nom et Prénom	Date Mariage	Date de divorce	Date de décès	Date et Lieu de naissance

ACI 2000 Bamako
BP 484 - Fax : 20 29 62 98
Tél : 20 29 30 46 / 20 29 27 06
Site web: www.cmssmali.ml

Fait à .....le.....

Signature ou empreinte de l'intéressé (e)