



## FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURÉ (E)

### I.- INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ASSURÉ (E)

Nom:		Prénom:		Sexe: H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Pays de Naissance:		Occupation:		Etat Civil: <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Union Libre		
NIF:	CIN:	No Passeport:		Régime matrimonial: <input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Séparation		
Lieu de Naissance:		Date de Naissance: (jj/mm/aaaa)		E-mail:		Tél 1:
Département:	Commune:	Ville:		Adresse:		Tel2:
Nom et Prénom du père:		Date de Naissance du père (jj/mm/aaaa):		Père Décédé: Si Oui, Date du décès		
Nom de jeune fille de la mère:		Date de Naissance de la mère (jj/mm/aaaa):		Mère Décédée: Si Oui, Date du décès		
Nom et Prénom conjoint (e):		Date de Naissance conjoint (e):		Conjoint (e) Décédé(e): Si Oui, Date du décès		

### A.- ÉTUDES

Non Alphabétisé  Primaire  Secondaire  Technique  Universitaire  Post-Universitaire

Profession:

### B.- ENTREPRISES DE TRAVAIL

Emploi Actuel	Date d'Entrée: jj/mm/aaaa		Salaire actuel:
1.			
2.			
3.			
4.			
Enumérez les Etablissements de travail où vous avez cotisé à l'ONA	Date d'Entrée: jj/mm/aaaa	Date de départ: jj/mm/aaaa	Cotisations perçues par ONA?
Historique des Emplois antérieurs			
1.			Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
2.			Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
3.			Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
4.			Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
5.			Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
6.			Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>

suite au verso →

## 2.- DÉPENDANTS

Nom et Prénom des Enfants de moins de 18 ans	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de Naissance: jj/mm/aaaa
1.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
2.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
3.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
4.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
5.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

Avez-vous déjà le livret d'assurance de l'ONA?

Oui:

Non:

Si oui, le numéro du livret ou de la carte : .....

En cas de perte, déclaration de police / Frais de 250 Gdes

Je, soussigné (e), affirme que les renseignements fournis sont corrects et sincères

\_\_\_\_\_  
Signature de l'Assuré(e)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Sceau et signature de l'employeur

## 3.- ESPACE RÉSERVÉ A L'ONA

**SERVICE SOCIAL**

Date de la demande : .....

**SERVICE CAISSE**

Reçu par : ..... Contrôlé par : .....

No. Récépissé : .....

Reçu par : .....

Verifié par .....

En date du .....

Code de l'assuré (e).....

Observations:.....

**SERVICE DES ARCHIVES**

**No. d'Immatriculation**

1	Employeur	1 <sup>er</sup> mois payé	Salaire initial	Visa
2				
3				
4				
5				

\_\_\_\_\_  
Préparé par

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Corrigé par

\_\_\_\_\_  
Date

Corrections:.....

# DOCUMENTS DE RENSEIGNEMENTS À L'ASSURE (E)

**A**

Acte de Naissance  
ou  
Extrait des Archives  
ou  
Certificat de Baptême légalisé

**B**

Acte de Mariage  
ou  
Acte de Divorce

**C**

Acte de Naissance  
des enfants mineurs,  
si vous en avez

**D**

Attestation ou Cessation de Travail,  
ou tout autre document

**E**

Carte d'Identité  
ou  
Permis de conduire  
ou  
Passeport  
ou  
Carte d'Identification Nationale  
et  
100 Gourdes