CNPS Caisse Nationale de Prevoyance Sociale	ENREGISTREMENT	Réf. : EN-GDAM-08
	DEMANDE D'ASSURANCE MATERNITE	Version : 01 Page : 1/1

I- EMPLOYEUR

N° CNPS /_____/

RAISON SOCIALE :.....

ADRESSE POSTALE :..... N° TEL FIXE :..... N° CEL :.....

II- PRESTATION DEMANDÉE

Cadre réservé à la CNPS	
☐ Indemnités Journalières	☐ Remboursement Frais Médicaux

III- ASSUREE

N° CNPS /_____/ **(si vous n'avez pas un N°CNPS, veuillez vous faire immatriculer avant d'introduire votre demande)**

NOM :.....PRENOMS :.....

NATIONALITE..... DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

DATE D'ENTREE EN ACTIVITE CHEZ CET EMPLOYEUR /____/_____/_____/

FONCTION DANS L'ENTREPRISE :.....

PAYS :..... VILLE: ..... COMMUNE :.....

ADRESSE POSTALE :.....

N° TEL FIXE :..... N ° CEL :..... EMAIL :.....

Nombre d'enfants à charge : ☐☐ (si oui, produire les extraits d'acte de naissance)

Êtes-vous mariée légalement ? **OUI** ☐ **NON** ☐ (si oui, produire un extrait d'acte de mariage)

IV- DOMICILIATION BANCAIRE

Code Banque	Code agence	N° de compte	Clé RIB	Établissement bancaire

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande sont exactes et sincères. Toute fausse déclaration sera rejetée et passible de poursuites judiciaires, conformément aux textes en vigueur.

Je m'engage à prévenir immédiatement la CNPS de tout fait qui viendrait à modifier la présente déclaration.

Fait à ..... *le* ...../...../.....

Nom, prénoms et signature du demandeur