PRÉVOYANCE الاحتياط

CNRA — الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين — CAISSE NATIONALE DE RETRAITES ET D'ASSURANCES

RCAR — النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد — RÉGIME COLLECTIF D'ALLOCATION DE RETRAITE

DEMANDE DE SOUSCRIPTION À L'ASSURANCE VOLONTAIRE
طلب إبرام التأمين الاختياري

IDENTIFICATION DE L'AFFILIÉ(E) — تعريف المنخرط(ة)

Nom et Prénom : ..... الاسم العائلي والشخصي :

N° Adhérent : ..... رقم الانضمام :

Adresse : ..... العنوان :

Appartement : ..... شقة :

Immeuble/résidence : ..... مبنى / إقامة :

Rue/boulevard : ..... زنقة /شارع :

Quartier : ..... حي :

Ville : ..... المدينة :

Code postal : ..... الرمز البريدي :

Téléphone : ..... الهاتف :

E-mail : ..... البريد الإلكتروني :

Couverture médicale : Non ☐ لا Oui ☐ نعم التغطية الصحية :

Organisme mutualiste : الهيئة التعاضدية :

MGPAP : ☐ التعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية :

Assurance groupe : ☐ تأمين جماعي :

Autre (à préciser) : ..... غيره(المرجو التحديد) :

N° d'immatriculation Mutuelle [1] : ..... رقم التسجيل في التعاضدية [1] :

PÉRIODES À ASSURER — فترات التأمين

Date début: ☐☐☐☐☐☐☐☐ تاريخ البدء:

Date fin: ☐☐☐☐☐☐☐☐ تاريخ الانتهاء:

OPTION D'ASSURANCE VOLONTAIRE [2] — خيار التأمين الاختياري [2]

Régime général: ☐ النظام العام:

Régime Général et Complémentaire: ☐ النظام العام و النظام التكميلي:

DATE DE JOUISSANCE SOUHAITÉE [2] — تاريخ الاستحقاق المرغوب فيه [2]

Dès complétude de 21 ans de service ☐ فور إتمام 21 سنة من الخدمة

A l'âge de 55 ans ☐ في سن الخامسة و الخمسين (55)

A l'âge de 60 ans ☐ في سن الستين (60)

(1) Dans le cas où cette zone ne peut être renseignée, joindre une copie de la carte d'adhésion à la mutuelle

(2) Cocher la mention souhaitée

(1) في حالة تعذر ملء هذه الخانة، المرجو إرفاق نسخة من بطاقة الانخراط في التعاضدية

(2) المرجو وضع علامة في خانة الاختيار

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur avoir pleinement pris connaissance des conditions de souscription à l'assurance volontaire et accepte les obligations qui en découlent.

Je déclare également, n'occuper actuellement aucun emploi donnant lieu à mon assujettissement à un autre régime de retraite de base et m'engage dans le cas de l'exercice d'une activité, me soumettant à un régime de retraite de base, d'en informer le RCAR.

Fait à ..... Le .....

Signature

تصريح بالشرف

أصرح بالشرف أنني اطلعت تمامًا على شروط الاشتراك في التأمين الاختياري وأقبل بالالتزامات الصادرة عنه.

كما أقر أنني لا أشغل حاليًا أية وظيفة تؤدي إلى إخضاعي لنظام تقاعد أساسي آخر ، و أتعهد أن أبلغ النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد في حالة ممارسة نشاط يخضعني لنظام تقاعد أساسي.

حرر في ..... بتاريخ .....

إمضاء

Les informations recueillies sont nécessaires pour une souscription à l'Assurance Volontaire.

Par le biais de ce formulaire, le RCAR collecte vos données personnelles en vue de prendre en charge et affecter les droits aux comptes des affiliés. Ce traitement a fait l'objet d'une autorisation auprès de la CNDP sous le numéro : A-GC-404/2015.

Vous pouvez vous adresser à la Structure Conseil Juridique et Conformité en écrivant à l'adresse suivante : conformite@cdgprevoyance.ma pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08.

هذه المعلومات ضرورية لإبرام التأمين الاختياري.

يقوم النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد بتجميع معطياتكم الشخصية بواسطة هذه الاستمارة من أجل التكفل بالحقوق وتخصيصها لحساب المنخرطين. هذه المعالجة كانت موضوع تصريح لدى اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم : A-GC-404/2015

تخضع المعطيات ذات الطابع الشخصي لحق الولوج والتصحيح والتعرض وفقًا لأحكام القانون 09-08. ويمكنكم ممارسة هذا الحق لدى مصلحة الاستشارات القانونية والمطابقة و ذلك عبر البريد الإلكتروني : conformite@cdgprevoyance.ma

RCAR_AV_07-2023

Suivez-nous sur