

DEMANDE D'ALLOCATION D'INVALIDITÉ

طلب معاش الزمانة

رقم الانخراط : N° D'AFFILIATION

--	--	--	--	--	--	--

Nom et
prénom de
l'affilié(e)

--	--	--	--	--	--	--	--

الاسم العائلي
والشخصي
(المنخرط(ة))

Adresse Appartement

Immeuble /
Résidence

العنوان

Rue / Boulevard

زنقة/شارع

Quartier

حي

Ville

المدينة

Code postal

الرمز
البريدي

E-mail⁽¹⁾

البريد
الإلكتروني

N° Tél⁽¹⁾

رقم
الهاتف

Je déclare sur l'honneur que l'incapacité dont je suis atteint est une

أصرح بالشرف أن العجز الذي أصابني هو

Incapacité accidentelle

عجز إثر حادثة

Incapacité dûe à une
maladie

عجز ناتج عن مرض

Situation familiale (Veuillez cocher la mention correspondante)

الوضعية العائلية (الرجو ملء المربع المناسب)

Célibataire

عزب(ة)

Marié(e)

متزوج(ة)

Divorcé(e)

مطلق(ة)

Veuf(ve)

أرمل(ة)

Conjoints

الأزواج

الصف Rang	الاسم العائلي والشخصي للزوج(ات) Nom et prénom du (ou des) conjoint(s)	سنة الازدياد Année de naissance	هل ينفاضي الزوج(ة) التعويضات العائلية Le conjoint perçoit-il les allocations familiales ?			
			Non	لـ	Oui	نعم
1		A A A A	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2		A A A A	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3		A A A A	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4		A A A A	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

الأطفال البالغين أقل من 27 سنة وكذلك الأطفال الموجودين في حالة إعاقه

الصف Rang	الاسم الشخصي للأطفال (من الأدنى للأقصى إلى الأدنى للأكبر) Prénom des enfants (classés du plus petit au plus âgé)	تاريخ الازدياد Date de naissance						
			J	J	M	M	A	A
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Si vous avez plus de 6 enfants, veuillez cocher cette case

في حالة ما كان لديكم أكثر من 6 أطفال، المرجو ملأ هذا المربع

Avez-vous une couverture médicale ?

هل لديكم تغطية صحية

Non	<input type="checkbox"/>	لـ	Oui	<input type="checkbox"/>	نعم
اسم الهيئة التعاقدية ⁽²⁾ Organisme mutualiste ⁽²⁾			رقم التسجيل في التعاقدية ⁽²⁾ Numéro d'immatriculation mutuelle ⁽²⁾		
CNOPS	Autre Assurance à préciser				

(1) Afin de faciliter le contact et les échanges avec vous, prière de renseigner votre n° de téléphone et votre e-mail.

(1) من أجل تسهيل الاتصال بكم المرجو ملء خانة الهاتف وثانية البريد الإلكتروني

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

(2) في حالة تعد ملء هذه الخانة، المرجو إرفاق نسخة من بطاقة الانخراط في التعاقدية

Avez-vous cotisé à un ou plusieurs régimes de retraite ?

Non	<input type="checkbox"/>	لا	Oui	<input type="checkbox"/>	نعم	
اسم صندوق التقاعد Dénomination de la caisse de retraite		رقم التسجيل في هذا الصندوق Numéro d'immatriculation à cette caisse			هل يمنح لكم هذا الصندوق، معاشًا ؟ Cette caisse vous sert-elle déjà une pension ?	
CNSS	CMR	Autres			Oui نعم لا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cadre réservé à l'employeur

إطار خاص بالمشغل

Je soussigné أنا الموقع أسفلهAdhèrent au RCAR sous N° المنضم في النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد تحت رقمAtteste que Mr (Mme) أشهد أن السيد(ة)Recruté(e) auprès de nos services depuis le المستخدم(ة) لدى مصالحنا منذ تاريخTitularisé ou proposé à la titularisation dans le cadre de la fonction publique à compter du المرسم أو المقترن للترسيم في إطار الوظيفة العمومية ابتداء منEst rayé (e) des cadres à compter du تم حذفه(ا) من الأطر ابتداء من

J J M M A A

J J M M A A

J J M M A A

N° téléphone employeur رقم هاتف المشغلN° de fax employeur رقم فاكس المشغلE-mail البريد الإلكتروني

Observations ملاحظات

إمضاء وخاتم الهيئة المشغلة Signature et cachet de l'organisme employeur	إمضاء المنخرط أو ممثله القانوني Signature de l'affilié ou de son représentant légal
<p>J'atteste par le présent, l'exactitude de toutes les informations fournies, et déclare avoir pris connaissance des conséquences, en cas de déclaration incorrecte, conformément à l'article 366 du Code pénal marocain.</p> <p>أقر بموجب هذا الطلب بصحبة جميع المعلومات المقدمة، وأصرح بأنني قد علمت بالعواقب، في حالة وجود معلومات غير صحيحة، وفقاً للمادة 366 من قانون العقوبات المغربي.</p> <p>Fait à..... le.....، حضر في..... بتاريخ.....</p>	

Pièces à joindre obligatoirement à cette demande الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

L'AFFILIÉ	المنخرط
<input type="checkbox"/> Photocopie recto verso de la Carte Nationale d'Identité Electronique en cours de validité	<input type="checkbox"/> نسخة البطاقة الوطنية للتعرفة الإلكترونية غير منتهية الصلاحية للمنخرط
<input type="checkbox"/> Chèque barré ou une copie de l'attestation bancaire portant le RIB de 24 chiffres	<input type="checkbox"/> شيك ملغي أو سخة شهادة بنكية تشير إلى التعريف البنكي المكون من 24 رقمًا
<input type="checkbox"/> Certificat de résidence (en cas de paiement de la pension hors du Maroc)	<input type="checkbox"/> شهادة السكك في حالة تسديد المعاش خارج المغرب
<input type="checkbox"/> Copie de la carte de Mutuelle	<input type="checkbox"/> نسخة من بطاقة التذكرة في التأمينية
<input type="checkbox"/> Certificat de radiation du registre consulaire pour les étrangers ayant quitté le Maroc	<input type="checkbox"/> شهادة الخدف من السجل القنصلي للأجانب الذين غادروا المغرب
LES ENFANTS	الأطفال
<input type="checkbox"/> Extrait d'acte de naissance des enfants âgés de moins de 27 ans	<input type="checkbox"/> نسخة من إزدواج الأطفال البالغين أقل من 27 سنة
<input type="checkbox"/> Certificat médical de l'enfant en cas d'invalidité	<input type="checkbox"/> شهادة طبية للأطفال العازف عن العمل
<input type="checkbox"/> Déclaration sur l'honneur de célibat de l'enfant invalide	<input type="checkbox"/> تصريح بالشرف بزهوة الطفل العازف عن العمل

⚠ Toute demande de prestations n'est considérée recevable que lorsqu'elle est accompagnée de l'ensemble des pièces exigées et lorsque les conditions nécessaires sont remplies.

⚠ لا يعتبر الطلب مقبول إلا إذا كان مرفوقاً بالوثائق، الضرورية ومستوفياً الشروط الالزمة

Consignes تعليمات

- Prière de mettre une croix dans la case noire correspondante à votre réponse.

- Le marqué avec une croix dans la case noire correspondante à votre réponse.

- Veuillez remplir les cases en lettres majuscules, exemple : A M

Par le biais de ce formulaire, le Régime Collectif d'Allocation de Retraite collecte vos données personnelles en vue de gérer les adhésions, affiliations et les droits de Retraite. Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNDP sous le numéro A-PO-1412/2025. Les données personnelles collectées peuvent être transmises selon le cas, aux Etablissements financiers, aux administrations, aux organismes de prévoyance sociales, aux autorités de régulations, adhérents, mandataires et tuteurs légaux, basés au Maroc, conformément à la demande déposée auprès de la CNDP.

Vous pouvez vous adresser à l'adresse suivante : donneespersonnelles@cdg.ma pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08.

يقوم النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد بجمع معلوماتكم بمقدار معايير المعاشات الشخصية بواسطة هذه الدستمارة من أجل تغيير عمليات التأمين والتنتمي، وحقوق التقاعد. هذه المعايير كانت مفروضة

ترخيص لدى اللجنة الوطنية لمراقبة معايير المعاشات ذات الطابع الشخصي تحت رقم 080/2025/09-08-A-PO-1412.

في بعض الحالات، من الممكن مشاركة المعلومات الشخصية التي تم جمعها مع المؤسسات المالية، والإدارات، ومنظما

والوكالات، والأوصياء، القانونيين، المتواجدون بالمغرب، وذلك وفقاً للطلب المودع لدى اللجنة الوطنية لحماية المعلومات ذات الطابع الشخصي لحماية حقوقكم في الواقع

والتحقيق والعرض، وفقاً لأحكام القانون 09-08 - بمكتوم التواصل عبر البريد الإلكتروني التالي donneespersonnelles@cdg.ma

Adresse de correspondance : عنوان المراسلة :

Régime Collectif d'Allocation de Retraite
Centre d'affaires, Avenue Annakhil,
Hay Riad - BP 2038. RABAT
Centre d'appel : 080 200 02 66
0537 26 72 72
N° de FAX : 05 37 71 82 38

النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد

مركز الأعمال، شارع النخيل، حي الرياض

ص ب : 2038 - الرباط

080 02 66

0537 26 72 72

0537 71 82 38

رقم الفاكس : 0537 71 82 38