

RCAR

النظام الجماعي لمعاش رواتب التقاعد
§Θ×E „CXO§ I+RR×+ I++XW×O+ I+loJ+
RÉGIME COLLECTIF D'ALLOCATION DE RETRAITE

DEMANDE D'ALLOCATION
D'INVALIDITÉ

طلب معاش الزمانة

N° D'AFFILIATION : رقم الانخراط

Nom et prénom de l'affilié(e)

الاسم العائلي والشخصي للمنخرط(ة)

Adresse Appartement

Immeuble / Résidence

العنوان

Rue / Boulevard

زققة / شارع

Quartier

حي

Ville

المدينة

Code postal

الرمز البريدي

E-mail⁽¹⁾

البريد الإلكتروني⁽¹⁾

N° Tél⁽¹⁾

رقم الهاتف⁽¹⁾

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

أصرح بالشرف أن العجز الذي أصابني هو

Incapacité accidentelle

عجز ناتج عن مرض

Incapacité due à une maladie

عجز إثر حادثة

Situation familiale (Veuillez cocher la mention correspondante)

الوضعية العائلية (المرجو ملء المربع المناسب)

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

أرملة(ة)

متزوج(ة)

مطلق(ة)

عازب(ة)

Conjoints

الأزواج

| الصف Rang | الاسم العائلي والشخصي للزوج(ات) Nom et prénom du (ou des) conjoint(s) | سنة الازدياد Année de naissance | هل يتقاضى الزوج(ة) التعويضات العائلية Le conjoint perçoit-il les allocations familiales ? | |
|--------------|--|------------------------------------|--|---------|
| | | | Non لا | Oui نعم |
| 1 | | A A A A | | |
| 2 | | A A A A | | |
| 3 | | A A A A | | |
| 4 | | A A A A | | |

Enfants à charge âgés de moins de 27 ans et éventuellement infirmes

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

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

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

لا

Oui

نعم

اسم الهيئة التضاضية⁽²⁾
Organisme mutualiste⁽²⁾

رقم التسجيل في التضاضية⁽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.

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

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

(2) في حالة تعذر ملء هذه الخانة، المرجو إرفاق نسخة من بطاقة الانخراط في التضاضية

Imprimé IV_09/2024

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|
| هل سبق لكم أن انخرطتم في نظام أو أنظمة أخرى للتقاعد ؟ | | | | | | | | | | Avez-vous cotisé à un ou plusieurs régimes de retraite ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نعم | | | | | لا | | | | | Oui | | | | | Non | | | | | | | | | | | | | | |
| هل يمنح لكم هذا الصندوق معاشاً ؟ Cette caisse vous sert-elle déjà une pension ? | | | | | رقم التسجيل في هذا الصندوق Numéro d'immatriculation à cette caisse | | | | | | | | | | اسم صندوق التقاعد Dénomination de la caisse de retraite | | | | | | | | | | | | | | |
| لا | | | | | نعم | | | | | Autres | | | | | | | | | | CMR | | | | | CNSS | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| إطار خاص بالمشغل | | | | | | | | | | Cadre réservé à l'employeur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| أنا الموقع أسفله | | | | | | | | | | Je soussigné | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| المنضم في النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد تحت رقم | | | | | | | | | | Adhèrent au RCAR sous N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| أشهد أن السيد(ة) | | | | | | | | | | Atteste que Mr (Mme) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| المستخدم(ة) لدى مصالحن منذ تاريخ | | | | | | | | | | Recruté(e) auprès de nos services depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| المرسم أو المقترح للتبرسيم في إطار الوظيفة العمومية ابتداء من | | | | | | | | | | Titularisé ou proposé à la titularisation dans le cadre de la fonction publique à compter du | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تم حذفه(ا) من الأطر ابتداء من | | | | | | | | | | Est rayé (e) des cadres à compter du | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| رقم هاتف المشغل | | | | | | | | | | N° téléphone employeur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| رقم فاكس المشغل | | | | | | | | | | N° de fax employeur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| البريد الإلكتروني | | | | | | | | | | E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Observations | ملاحظات |
|--------------|---------|
| | |
| | |
| | |

| | |
|---|---|
| <p>إمضاء وخاتم الهيئة المشغلة Signature et cachet de l'organisme employeur</p> | <p>إمضاء المنخرط أو ممثله القانوني Signature de l'affilié ou de son représentant légal</p> |
| | <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 بصحة جميع المعلومات المقدمة، وأصرح بأنني قد علمت بالعواقب، في حالة وجود معلومات غير صحيحة، وفقًا للمادة 366 من قانون العقوبات المغربي.</p> <p>Fait à..... حرر في le</p> |

| الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب | |
|---|--|
| L'AFFILIÉ <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Photocopie recto verso de la Carte Nationale d'Identité Electronique en cours de validité<input type="checkbox"/> Chèque barré ou une copie de l'attestation bancaire portant le RIB de 24 chiffres<input type="checkbox"/> Certificat de résidence (en cas de paiement de la pension hors du Maroc)<input type="checkbox"/> Copie de la carte de Mutuelle<input type="checkbox"/> Certificat de radiation du registre consulaire pour les étrangers ayant quitté le Maroc LES ENFANTS <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Extrait d'acte de naissance des enfants âgés de moins de 27 ans<input type="checkbox"/> Certificat médical de l'enfant en cas d'invalidité<input type="checkbox"/> Déclaration sur l'honneur de célibat de l'enfant invalide | المختار <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> نسخة للبطاقة الوطنية للتوظيف الإلكترونية غير منتهية الصلاحية للمنحدر<input type="checkbox"/> شيك مملو أو نسخة لشهادة بنكية تشير إلى التعريف البنكي المكون من 24 رقما<input type="checkbox"/> شهادة السكنى في حالة تسديد المعاش خارج المغرب<input type="checkbox"/> نسخة من بطاقة الانخراط في التضامنية<input type="checkbox"/> شهادة الحذف من السجل القنصلي للأجانب الذين غادروا المغرب الأطفال <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> نسخة من عقود ازدياد الأطفال البالغين أقل من 27 سنة<input type="checkbox"/> شهادة طبية للطفل العاجز عن العمل<input type="checkbox"/> تصريح بالشفرة بعزوبة الطفل العاجز عن العمل |

Consignes

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

- Veuillez remplir les cases en lettres majuscules, exemple :

تعليمات

- المرجو وضع علامة ☒ في المربع الأسود المخصص لكل معلومة.

- المرجو تعبئة المربعات بالحروف اللاتينية. مثال :

| | | |
|---|--|--|
| <p>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.</p> <p>Vous pouvez vous adresser à l'adresse suivante : donneepersonnelles@cdg.ma pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08.</p> <p>هذه المعالجة كانت موضوع</p> <p>يقوم النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد بجمع معطياتكم الشخصية بواسطة دة الاستمارة في أجل تدبير عمليات الخيرات، والتضاميم، وحقوق التقاعد . هذه المعالجة كانت موضوع ترخيص لدى اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم رقم 1412/2025-A-PO-1412-2025 . قد يتم إرسال المعلومات الشخصية التي تم جمعها مع المؤسسات المالية، والإيرادات، ومنظمات الاحتياط الاجتماعي، و الهيئات التنظيمية، و المشغلين المتضمنين، وفي بعض الحالات، من الممكن مشاركة المعطيات الشخصية التي تم جمعها مع المؤسسات المالية، والإيرادات، ومنظمات الاحتياط الاجتماعي، و الهيئات التنظيمية، و المشغلين المتضمنين، والوكلاء، والأوصياء القانونيين، المتواجدين بالمغرب، وذلك وفقاً للطلب المودع لدى اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي لممارسة حقوقكم في الولوج والتعديل والتصحيح والتعرض وفقاً لأحكام القانون 08-09 بمقتضى التواصل عبر البريد الإلكتروني التالى donneepersonnelles@cdg.ma</p> | <p>Adresse de correspondance :</p> <p>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</p> | <p>عنوان المراسلة :</p> <p>النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد مركز الأعمال، شارع النخيل، حي الرياض ص ب : 2038 الرباط مركز الاتصال : 080 200 02 66 0537 26 72 72 رقم الفاكس : 0537 71 82 38</p> |
|---|--|--|