

DEMANDE DE SOUSCRIPTION À L'ASSURANCE VOLONTAIRE

طلب إبرام التأمين اختياري

IDENTIFICATION DE L'AFFILIÉ(E)

تعريف المنخرط(ة)

Nom et Prénom :	الاسم العائلي والشخصي :		
N° Adhérent :	رقم الانضمام :		
Adresse :	العنوان :		
Appartement :	شقة :		
Immeuble/résidence :	مبني / إقامة :		
Rue/boulevard :	زنقة / شارع :		
Quartier :	حي :		
Ville :	المدينة :		
Code postal :	الرمز البريدي :		
Téléphone :	الهاتف :		
E-mail :	البريد الإلكتروني :		
Couverture médicale :	التجطية الصحية :		
Organisme mutualiste :	الوينة التعاضدية :		
MGPAP :	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	التعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية :
Assurance groupe :	<input type="checkbox"/>		تأمين جماعي :
Autre (à préciser) :	غيره(الرجو التحديد) :		
N° d'immatriculation Mutuelle ⁽¹⁾ :	رقم التسجيل في التعاضدية ⁽¹⁾ :		

PÉRIODES À ASSURER

رات التأمين

OPTION D'ASSURANCE VOLONTAIRE

خيار التأمين الاختياري⁽²⁾

Date début:						
Date fin:						

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

Régime général:	<input type="checkbox"/>	النظام العام:
Régime Général et Complémentaire:	<input type="checkbox"/>	النظام العام و النظام التكميلي:
DATE DE JOUSSANCE SOUHAITÉE⁽²⁾		تاريخ الاستحقاق المرغوب فيه⁽²⁾
Dès complétude de 21 ans de service	<input type="checkbox"/>	فور إتمام 21 سنة من الخدمة
A l'âge de 55 ans	<input type="checkbox"/>	في سن الخامسة والخمسين (55)
A l'âge de 60 ans	<input type="checkbox"/>	في سن الستين (60)

(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

..... تاریخ فیصل

امضاء

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 CNPD 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 d'accès aux données de la CNPD.

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 بمنح روابط التقادم بجمع معلوماتهم الشخصية بواسطة هذه الاستفادة من أجل تدبير عمليات التخراط، والانضمام، وتفوّق التقادم، وذلك المعاوحة كانت موضوع تدريس لدى اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعلومات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-1412/2025

20.01.2011 8:51:06

في بعض الحالات، من الممكن مشاركة المعلمات الشخصية التي تم جمعها مع المؤسسات المالية، والإدارات، والمستقلين المختصين، والوكالات، والهيئات المختصة، والمتواجدين بالمغرب، وذلك وفقاً للطلب المودع في الاتصال المكتوب، وذلك في الحالات التي تقتضي المطالبة ببيان المعلمات ذات الصلة بالشخص.

للممارسة حقوقكم في الوصول والتصحيح والتعرض وفقاً لأحكام القانون 09-08، يمكنكم التواصل عبر البريد الإلكتروني التالي:

**ORGANISME GÉRÉ PAR LA CAISSE DE DÉPÔT ET DE GESTION
BRANCHE ÉPARGNE - PRÉVOYANCE**

مؤسسة مسيرة من طرف صندوق الإيداع والتدبير