

## 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 : .....		زقة / شارع : .....								
Quartier : .....		حي : .....								
Ville : .....		المدينة : .....								
Code postal : .....		الرمز البريدي : .....								
Téléphone : .....		الهاتف : .....								
E-mail : .....		البريد الإلكتروني : .....								
Couverture médicale : Non <input type="checkbox"/> لا Oui <input type="checkbox"/> نعم		التغطية الصحية : .....								
Organisme mutualiste : .....		الهيئة التضامنية : .....								
MGPAP : <input type="checkbox"/>		التعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية : .....								
Assurance groupe : <input type="checkbox"/>		تأمين جماعي : .....								
Autre (à préciser) : .....		غيره(المرجو التحديد) : .....								
N° d'immatriculation Mutuelle <sup>(1)</sup> : .....		رقم التسجيل في التضامنية <sup>(1)</sup> : .....								
PÉRIODES À ASSURER	فترات التأمين	OPTION D'ASSURANCE VOLONTAIRE <sup>(2)</sup>								
Date début: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									تاريخ البدء: .....	Régime général: <input type="checkbox"/> النظام العام:
Date fin: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									تاريخ الانتهاء: .....	Régime Général et Complémentaire: <input type="checkbox"/> النظام العام و النظام التكميلي:
		DATE DE JOUISSANCE SOUHAITÉE <sup>(2)</sup>								
		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) Dans le cas où cette zone ne peut être renseignée, joindre une copie de la carte d'adhésion à la mutuelle		(1) في حالة تعذر ملء هذه الخانة، المرفق نسخة من بطاقة الانخراط في التضامنية								
(2) Cocher la mention souhaitée		(2) المرفق وضع علامة في خانة الاختيار								
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR		تصريح بالشرف								
Je déclare sur l'honneur avoir pleinement pris connaissance des conditions de souscription à l'assurance volontaire et accepte les obligations qui en découlent.		أصرح بالشرف أنني اطلعت تمامًا على شروط الاشتراك في التأمين الاختياري وأقبل بالالتزامات الصادرة عنه.								
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.		كما أقر أنني لا أشغل حاليًا أية وظيفة تؤدي إلى إخضاعني لنظام تقاعد أساسي آخر ، و أتعهد أن أبلغ النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد في حالة ممارسة نشاط يخضعني لنظام تقاعد أساسي.								
Fait à .....	Le .....	حرر في .....								
Signature		إمضاء								

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 معطياتكم الشخصية بواسطة هذه الاستمارة من أجل تدبير عمليات الانخراط، والانضمام، وحقوق التقاعد. هذه المعالجة كانت موضوع ترخيص لدى اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-1412/2025

في بعض الحالات، من الممكن مشاركة المعطيات الشخصية التي تم جمعها مع المؤسسات المالية، والإدارات، و منظمات الاحتياط الاجتماعي، و الهيئات التنظيمية، و المشغلين المنضمين، والوكلاء، والأوصياء القانونيين، المتواجدين بالمغرب، وذلك وفقاً لطلب المودع لدى اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي.

لممارسة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض وفقاً لأحكام القانون 08-09، يمكنكم التواصل عبر البريد الإلكتروني التالي: donneespersonnelles@cdg.ma

