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

RECORE
UN VRAI PLUS POUR VOTRE ÉPARGNE RETRAITE

BULLETIN D'ADHÉSION / AFFILIATION INDIVIDUELLE

N° D'AFFILIATION .....

☐ Nouvelle adhésion/affiliation ☐ Modification d'une adhésion/affiliation

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Adhérent	Numéro d'adhésion	Ancien adhérent(*)	Numéro d'adhésion(*) (ancienne adhésion)
.....	.....	.....	.....

(*) En cas de changement d'employeur

RENSEIGNEMENTS DE L'ADHÉRENT (en cas de nouvelle adhésion/affiliation)

☐ M. ☐ Mlle ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....
Date et lieu de naissance : ..... ☐ MRE
Type de pièce d'identité : ..... N° : .....
Date d'expiration : .....
Profession : .....
Nom de l'entreprise (si personne morale) : .....
Numéro du Registre de commerce (si personne morale) : .....
Adresse : .....
N° Tél. : ..... E-mail : .....
N° PPR (pour les fonctionnaires de l'État) : .....
Situation Familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) Nombre d'enfants : .....
Nationalité : .....
Êtes-vous citoyen américain ou avez-vous une résidence fiscale aux États-Unis ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez remplir et signer le formulaire FATCA W9 et fournir le N° d'identification fiscale (TIN) .....
.....

RENSEIGNEMENTS DE L'AFFILIÉ (A renseigner seulement si l'affilié est différent de l'adhérent)

☐ M. ☐ Mlle ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....
Date et lieu de naissance : ..... ☐ MRE
Type de pièce d'identité : ..... N° : .....
Date d'expiration : .....
Profession : .....
Adresse : .....
N° Tél. : ..... E-mail : .....
Situation Familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) Nombre d'enfants : .....
Nationalité : .....
Êtes-vous citoyen américain ou avez-vous une résidence fiscale aux États-Unis ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez remplir et signer le formulaire FATCA W9 et fournir le N° d'identification fiscale (TIN) .....
.....

COTISATIONS

Périodicité des cotisations : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle
Montant de la cotisation en (DH) : .....

MODALITÉ DE RÈGLEMENT

☐ **Virement bancaire** (veuillez remplir l'ordre de virement permanent)

☐ **Chèque**

☐ **Précompte :** Je demande que soient retenues d'office, selon la périodicité susvisée, sur ma rémunération et versées à la CNRA, les cotisations dont je suis redevable en qualité d'affilié. J'autorise en conséquence, le service chargé de ma paie, de procéder au prélèvement, à la source, des montants indiqués ci-dessus.

☐ **Prélèvement PPR :** J'autorise la PPR à communiquer à la CNRA, la quotité cessible de mon salaire.

ORIGINE DES FONDS

☐ **Revenus** ☐ **Héritage** ☐ **Épargne** ☐ **Contrat d'assurance** ☐ **Autre** (à préciser impérativement) .....

.....

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS DE L'AFFILIÉ (*)

Nom & Prénom	Quote-part (%)	Date & lieu de naissance	Type et N° de Pièce d'identité
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

(*) En cas de changement de bénéficiaires, l'affilié doit remplir un nouveau bulletin d'affiliation

FRAIS DE FONCTIONNEMENT

Frais d'acquisition : 3% **Frais de gestion : 0,5%** **Frais de service des rentes : 3%**

DÉDUCTIBILITÉ DES PRIMES D'ÉPARGNE

Les primes d'épargne retraite seront déduites du revenu imposable : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Je déclare avoir pris connaissance des conditions légales en matière de contrat d'épargne retraite complémentaire prévues par le Code Général des Impôts.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données personnelles demandées par la CNRA ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de la CNRA et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée de bénéfice de RECORE et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à la CNRA de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'Affilié ou du Contractant est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à la CNRA et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

La CNRA garantit notamment le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés. La CNRA s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent. Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition par e-mail à l'adresse électronique :donneespersonnelles@cdg.ma

ANTI-BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME

L'affilié déclare être pleinement informé que la CNRA est soumise aux obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, en vue de répondre à ses obligations légales, la CNRA met en œuvre un dispositif interne de vigilance, de détection, de surveillance et de gestion des risques liés au blanchiment de capitaux aux fins de se conformer aux dispositions de la loi n°43-05 relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, telle que modifiée et complétée.

L'affilié certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et figurant aux présentes et déclare que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins, investies ou servant au paiement des cotisations au titre de ce contrat ne sont pas le produit de l'une des infractions prévues à l'article 574-2 du code pénal et que ceci ne constitue pas un acte de blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme au sens des articles 574-1 et 218-4 du même code.

DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ

- Je certifie avoir pris connaissance des Conditions Générales disponibles sur le site Web de la CNRA : www.cnra.ma.
- Je reconnais que le contrat prend effet à la remise des présentes signées par mes soins et après paiement de la première cotisation.
- Je soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, qui servent de base à mon affiliation à RECORE.

De manière expresse, le contractant ou l'affilié autorise la CNRA à utiliser ses coordonnées en vue de proposer d'autres services similaires auprès de la CNRA. Il peut s'opposer par courrier à l'adresse : donneespersonnelles@cdg.ma

Fait en trois exemplaires à ....., le ..... / ..... / .....

Adhérent Visa et cachet de l'adhérent	**Affilié** Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)	**CNRA** Visa et cachet de la CNRA

PIÈCES À FOURNIR : - Une photocopie de la Carte Nationale d'Identité Électronique (CNIE) valide
- Une attestation de salaire pour les fonctionnaires de l'État (PPR)

Par le biais de ce formulaire, la Caisse Nationale de Retraites et d'Assurances collecte vos données personnelles en vue de constituer les droits pour les concéder à leurs dates d'exigibilité. Ce traitement a fait l'objet d'une autorisation auprès de la CNDP sous le numéro : A-GC 109/2025.
Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez vous adresser à la Direction conformité groupe à l'adresse suivante : donneespersonnelles@cdg.ma.