



PRÉVOYANCE
CNRA RCAR

DEMANDE D'ALLOCATION
DE RETRAITE
طلب معاش التقاعد

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

N° Tél⁽¹⁾

رقم
الهاتف

Situation familiale (Veuillez cocher la mention correspondante)

الوضعية العائلية (المرجو ملء المربع المناسب)

Célibataire

عازب(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 يتقاضى الزوج(ة) التعويضات العائلية Le conjoint perçoit-il les allocations familiales ?	
			Non لا	Oui نعم
1	<input type="text"/>	A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfants âgés de moins de 27 ans et/ou 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	<input type="text"/>	J J M M A A
2	<input type="text"/>	J J M M A A
3	<input type="text"/>	J J M M A A
4	<input type="text"/>	J J M M A A
5	<input type="text"/>	J J M M A A
6	<input type="text"/>	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 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 وخانة 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 تعذر ملء هذه الخانة، المرجو إرفاق نسخة من بطاقة الانخراط في التعاقدية

هل سبق لكم أن انخرطتم في نظام أو أنظمة أخرى للتقاعد ؟

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 معاشاً ؟ Cette caisse vous sert-elle déjà une pension ?					
CNSS	CMR	Autres				Oui	نعم	Non	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 أسفله									
Adhèrent au RCAR sous N°										المنضم في النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد تحت رقم									
Atteste que Mr (Mme)										أشهد أن السيد (ة)									
Recruté(e) auprès de nos services depuis le										المستخدم (ة) لدى مصالحن منذ تاريخ									
Titularisé ou proposé à la titularisation dans le cadre de la fonction publique à compter du										المرسم أو المقترح للتبريم في إطار الوظيفة العمومية ابتداء من									
Est rayé (e) des cadres à compter du										تم حذفه (ا) من الأطر ابتداء من									
N° téléphone employeur										رقم هاتف المشغل									
N° de fax employeur										رقم فاكس المشغل									
E-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				
					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. أقر بموجب هذا الطلب بصحة جميع المعلومات المقدمة، وأصرح بأنني قد علمت بالعواقب، في حالة وجود معلومات غير صحيحة، وفقاً للمادة 366 من قانون العقوبات المغربي. بتاريخ، حرر في				

Pièces à joindre obligatoirement à cette demande					الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب				
L'AFFILIÉ <ul style="list-style-type: none">Photocopie recto verso de la Carte Nationale d'Identité Electronique en cours de validitéChèque barré ou une copie de l'attestation bancaire portant le RIB de 24 chiffresCertificat de résidence (en cas de paiement de la pension hors du Maroc)Copie de la carte de MutuelleCertificat de radiation du registre consulaire pour les étrangers ayant quitté le Maroc LES ENFANTS <ul style="list-style-type: none">Extrait d'acte de naissance des enfants âgés de moins de 27 ansCertificat médical de l'enfant en cas d'invaliditéDéclaration sur l'honneur de célibat de l'enfant invalide					المنخرط <ul style="list-style-type: none">نسخة للبطاقة الوطنية للتعريف الإلكترونية غير منتهية الصلاحية للمنخرطشيك ملغى أو نسخة لشهادة بنكية تشير إلى التعريف البنكي المكون من 24 رقماشهادة السكنى في حالة تسديد المعاش خارج المغربنسخة من بطاقة الانخراط في التعاقديةشهادة الحذف من السجل القنصلي للأجانب الذين غادروا المغرب الأطفال <ul style="list-style-type: none">نسخة من عقود ازدياد الأطفال البالغين أقل من 27 سنةشهادة طبية للطفل العاجز عن العملتصريح بالشرف بعزوبة الطفل العاجز 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 مقبولاً إلا إذا كان مرفوقاً بالوثائق الضرورية ويستوفي الشروط اللازمة				

Consignes تعليمات

- Prière de mettre une croix [X] dans la case noire correspondante à votre réponse. - المرجو وضع علامة [X] في المربع الأسود المخصص لكل معلومة.

- Veuillez remplir les cases en lettres majuscules, exemple : [A M] - المرجو تعبئة المربعات بالحروف اللاتينية، مثال : [A M]

Les informations recueillies sont nécessaires pour la demande d'Allocation de Retraite. Par le biais de ce formulaire, le RCAR 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-109/2015. Vous pouvez vous adresser à la Structure Conseil Juridique et Conformité en écrivant à l'adresse suivante : conformite@cdgprevoyance.ma pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08.

هذه المعلومات ضرورية لطلب معاش التقاعد. يقوم النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد بتجميع معطياتكم الشخصية بواسطة هذه الاستمارة قصد تكوين الحقوق من أجل منحها في تاريخ الاستحقاق. هذه المعالجة كانت موضوع تصريح لدى اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم : A-GC-109/2015. تخضع المعطيات ذات الطابع الشخصي لحق الولوج والتصحيح والتعرض وفقاً لأحكام القانون 09-08. ويمكنكم ممارسة هذا الحق لدى مصلحة الاستشارات القانونية والمطابقة وذلك عبر البريد الإلكتروني : conformite@cdgprevoyance.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 : 080 100 88 88 0537 26 72 72 N° de FAX : 0537 71 82 38		النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد مركز الأعمال، شارع النخيل، حي الرياض ص ب : 2038 الرباط مركز الاتصال : 080 100 88 88 0537 26 72 72 رقم الفاكس : 0537 71 82 38	