

Nom et prénom de l'affilié (e)	<input type="text"/>										الاسم العائلي والشخصي للمنفرد (ة)		
Adresse Appartement	<input type="text"/>	Immeuble / Résidence	<input type="text"/>										العنوان
Rue/Boulevard	<input type="text"/>										زققة / شارع		
Quartier	<input type="text"/>										حي		
Ville	<input type="text"/>					المدينة	Code postal	<input type="text"/>			الرمز البريدي		
E-mail ⁽¹⁾	<input type="text"/>					البريد الإلكتروني ⁽¹⁾	N° Tél ⁽¹⁾	<input type="text"/>			رقم الهاتف ⁽¹⁾		

Situation familiale (Veuillez cocher la mention correspondante)										الوضعية العائلية (المرجو ملء المربع المناسب)	
Célibataire	<input type="checkbox"/>	عازب(ة)	Marié(e)	<input type="checkbox"/>	متزوج(ة)	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	مطلق(ة)	Veuf(ve)	<input type="checkbox"/>	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 ?	
						A	A	A	A	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) Prénoms des enfants (classés du plus petit au plus âgé)					تاريخ الازدياد Date de naissance					
						J	J	M	M	A	A
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	<input type="checkbox"/>	في حالة ما كان لديكم أكثر من 6 أطفال، المرجو ملأ هذا المربع
Avez-vous une couverture médicale ?		هل لديكم تغطية صحية ؟

Non	<input type="checkbox"/>	لا	Oui	<input type="checkbox"/>	نعم
اسم الهيئة التضامنية ⁽²⁾ Organisme mutualiste ⁽²⁾			رقم التسجيل في التضامنية ⁽²⁾ Numéro d'immatriculation mutuelle ⁽²⁾		
CNOPS	Autre Assurance à préciser		<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

(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 التضامنية

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

Avez-vous cotisé à un ou plusieurs régimes de retraite? Non لا Oui 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"/>

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) (ة) أشهد أن السيد

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 le حرر في

الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب	المشغل
Pièces à joindre obligatoirement à cette demande 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	<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 رقماًشهادة 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 dans la case noire correspondante à votre réponse. - المرجو وضع علامة 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

عنوان المراسلة :	Adresse de correspondance :
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	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