



PRÉVOYANCE الاجتماعي  
CNRA RCAR

## DEMANDE D'ALLOCATION D'INVALIDITÉ طلب معاش الزمانة

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<sup>(1)</sup>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

البريد الإلكتروني

N° Tél<sup>(1)</sup>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم الهاتف

Je déclare sur l'honneur que l'incapacité dont je suis atteint est une

أصرح بالشرف أن العجز الذي أصبني هو

Incapacité accidentelle

عجز إثر حادثة

Incapacité due à une maladie

عجز ناتج عن مرض

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		A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfants à charge âgés de moins de 27 ans et éventuellement 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		J J M M A A
2		J J M M A A
3		J J M M A A
4		J J M M A A
5		J J M M A A
6		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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم الهيئة التضاعدية <sup>(2)</sup> Organisme mutualiste <sup>(2)</sup>	رقم التسجيل في التضاعدية <sup>(2)</sup> Numéro d'immatriculation mutuelle <sup>(2)</sup>
CNOPS	
Autre Assurance à préciser	
<input type="checkbox"/>	

(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 التضاعدية

Avez-vous cotisé à un ou plusieurs régimes de retraite ?

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			لا Non <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 للتبرسيم 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.

Fait à ..... le ..... بتاريخ

Pièces à joindre obligatoirement à cette demande

الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

- L'AFFILIÉ**
- Photocopie recto verso de la Carte Nationale d'Identité Electronique en cours de validité
  - Chèque barré ou une copie de l'attestation bancaire portant le RIB de 24 chiffres
  - Certificat de résidence (en cas de paiement de la pension hors du Maroc)
  - Copie de la carte de Mutuelle
  - Certificat de radiation du registre consulaire pour les étrangers ayant quitté le Maroc
- LES ENFANTS**
- Extrait d'acte de naissance des enfants âgés de moins de 27 ans
  - Certificat médical de l'enfant en cas d'invalidité
  - Déclaration sur l'honneur de célibat de l'enfant invalide

- المنخرط**
- نسخة للبطاقة الوطنية التعريف الإلكترونية غير منتهية الصلاحية للمنخرط
  - شيك ملغى أو نسخة لشهادة بنكية تشير إلى التعريف البنكي المكون من 24 رقما
  - شهادة السكنى في حالة تسديد المعاش خارج المغرب
  - نسخة من بطاقة الانخراط في التعاضدية
  - شهادة الحذف من السجل القنصلي للأجانب الذين غادروا المغرب
- الأطفال**
- نسخة من عقود ازدياد الأطفال البالغين أقل من 27 سنة
  - شهادة طبية للطفل العاجز عن العمل
  - تصريح 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 d'Invalidité. 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.

Adresse de correspondance :

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

عنوان المراسلة :

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

هذه المعلومات ضرورية لطلب معاش الزمالة. 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. ويمكنكم ممارسة هذا الحق لدى مصلحة الاستشارات القانونية والمطابقة وذلك عبر البريد الإلكتروني : conformite@cdgprevoyance.ma