

DEMANDE DE LIQUIDATION CAPITAL FIN DE CARRIÈRE - CFC -

طلب تصفية رأس مال نهاية المسيرة المهنية

1.IDENTIFICATION DE L’AFFILIÉ	1.تعريف المنخرط
<input type="checkbox"/> N° d’affiliation :	<input type="checkbox"/> رقم الانخراط :
<input type="checkbox"/> Nom et Prénom :	<input type="checkbox"/> الاسم العائلي والشخصي :
<input type="checkbox"/> Capital garanti :	<input type="checkbox"/> رأس المال المضمون :
<input type="checkbox"/> Adresse :	<input type="checkbox"/> العنوان :
<input type="checkbox"/> Téléphone(*) :	<input type="checkbox"/> الهاتف(*) :
<input type="checkbox"/> E-mail (*) :	<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني(*) :

2.PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À CETTE DEMANDE	2.الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب
--	---------------------------------------

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copie de la décision de radiation des cadres mentionnant clairement le motif du départ de l’affilié (Départ normal à la retraite, Départ négocié, licenciement, démission, Invalidité) | <input type="checkbox"/> نسخة من قرار الحذف من الأطر يبين بوضوح سبب مغادرة المنخرط (تقاعد عادي، مغادرة بالتفاوض، طرد، استقالة، زمانة) |
| <input type="checkbox"/> Copie de la Carte Nationale d’Identité Électronique (CNIE) en cours de validité | <input type="checkbox"/> نسخة للبطاقة الوطنية للتعريف الإلكترونية غير منتهية الصلاحية |
| <input type="checkbox"/> Spécimen de chèque barré ou une copie de l’attestation bancaire portant le Relevé d’Identité Bancaire de 24 chiffres | <input type="checkbox"/> شيك ملغى أو نسخة لشهادة بنكية تشير إلى التعريف البنكي المكون من 24 رقما |
| <input type="checkbox"/> Certificat médical attestant l’invalidité dûment acceptée par l’employeur (En cas d’Invalidité) | <input type="checkbox"/> شهادة طبية تثبت العجز مقبولة من طرف المشغل (في حالة الزمانة) |

⚠ 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 مقبولا إلا إذا كان مرفوقا بالوثائق الضرورية ويستوفي الشروط اللازمة

Ce document est établi afin d’obtenir les droits accordés par CFC. 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

تم إعداد هذه الوثيقة للحصول على الحقوق الممنوحة في إطار رأس مال نهاية المسيرة المهنية. أقر بموجب هذا الطلب بصحة جميع المعلومات المقدمة، وأصرح بأنني قد علمت بالعواقب، في حالة وجود معلومات غير صحيحة، وفقا للمادة 366 من قانون العقوبات المغربي

A Rabat, le / / حرر في الرباط بتاريخ :
Cachet et signature de l’employeur
خاتم وإمضاء المشغل

A Rabat, le / / حرر في الرباط بتاريخ :
Signature du bénéficiaire
إمضاء المستفيد
(précédée de la mention : Lu et approuvé
(مسوق بعبارة : اطلعت عليه وأعطيت موافقتي

(*) Afin de faciliter le contact et les échanges avec vous, prière de renseigner votre numéro de téléphone et votre e-mail.

(*) من أجل تسهيل الاتصال بكم المرجو ملء خانة الهاتف وخانة البريد الإلكتروني

Par le biais de ce formulaire, la CNRA 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.

يقوم الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين 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 وفقا لأحكام القانون 09-08. ويمكنكم ممارسة هذا الحق لدى مصلحة الاستشارات القانونية والمطابقة وذلك عبر البريد الإلكتروني : conformite@cdgprevoyance.ma