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

RECORE
UN VRAI PLUS POUR VOTRE ÉPARGNE RETRAITE

DEMANDE DE LIQUIDATION EN CAS D'INVALIDITÉ

N° D'AFFILIATION |_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Identification de l'affilié

Nom & Prénom : ....

N°CNIE : .... N° RIB (24 positions) : ....

Adresse : ....

N° téléphone[1] : .... E-mail[1] : ....

2. Options de liquidation (Cochez la case utile)

☐ **Option Capital**

☐ **Option Rente mensuelle viagère** **Réversibilité de la rente :** ☐ OUI ☐ NON

Date d'effet de la prestation demandée(*) : ..../........./...............

NB :

- Votre choix est considéré comme définitif et irrévocable après dépôt du dossier pour traitement.
- Le montant à liquider correspond aux versements reçus et traités par la CNRA à la date de la présente demande.
- L'affilié ne peut opter pour une rente viagère que si la conversion de l'épargne-retraite acquise donne lieu à une rente supérieure ou égale à mille (1.000) DH par mois. A défaut, les droits constitués ne peuvent être servis que sous forme de capital.

(*) La date d'effet ne peut pas être supérieure à un mois par rapport à la date de dépôt de la demande

3. Bénéficiaires désignés[2] (En cas de rente réversible)

Situation familiale à la date de la demande : ☐ **Célibataire** ☐ **Marié(e)** ☐ **Divorcé(e)** ☐ **Veuf(ve)**

Type de bénéficiaire : ☐ **Ayants droits** ☐ **Autres bénéficiaires**

Lien de parenté	Nom et Prénom	Date de naissance	N° CNIE	Pourcentage d'attribution[3]	Téléphone	Adresse
....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....

4. Pièces à joindre obligatoirement à la demande

- Spécimen de chèque barré ou une copie de l'attestation bancaire portant le Relevé d'Identité Bancaire de 24 chiffres si ce dernier est communiqué pour la 1ère fois à la CNRA.
- Attestation médicale d'invalidité totale et définitive délivrée par un médecin assermenté et validée par l'employeur le cas échéant.

⚠ **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.**

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.

A................................, le ..../......../...............

Signature de l'affilié

Réf : REC.05-10/2023

Suivez-nous sur

Important :

(1) Afin de faciliter le contact et les échanges avec vous, prière de renseigner votre numéro de téléphone et votre e-mail.
(2) Si aucun bénéficiaire de la réversion n'est désigné au moment de la liquidation, la rente servie est réputée non réversible.
(3) En l'absence de fixation des pourcentages permettant la répartition des droits, cette dernière est faite à part égale entre les bénéficiaires désignés.

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.