نظام الرسملة التكميلي
Régime par Capitalisation Attakmili

REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE
- ATTAKMILI -
نظام التقاعد التكميلي

Autorisation de Précompte
ترخيص بالاقتطاع

N° d'affiliation Attakmili : ☐☐☐☐☐☐ **: رقم الانخراط التكميلي**

IDENTIFICATION — تعريف

Nom et Prénom : …….. ……..……..……..…….الاسم العائلي و الشخصي

N° CNIE...…....….....…… رقم البطاقة الوطنية للتعريف Organisme employeur ..... الإدارة المشغلة

Organisme de précompte : الهيئة المكلفة باقتطاع الاشتراكات:

TGR ☐ الخزينة العامة للمملكة Autre ☐ هيئة أخرى CMR (pour les pensionnés) ☐ الصندوق المغربي للتقاعد (بالنسبة للمتقاعدين)

Matricule / Numéro de pension : …… رقم التأجير / رقم المعاش:

AUTORISATION DE PRECOMPTE DES COTISATIONS — ترخيص باقتطاع الاشتراكات

- Je déclare avoir souscrit auprès de la CMR un contrat d'adhésion pour la constitution d'une retraite complémentaire d'une durée au moins égale à 8 ans à compter de la date de souscription.
- J'autorise la DDP / Trésorier payeur à communiquer à la CMR la quotité cessible de mon salaire.
- Conformément aux conditions générales du régime Attakmili, j'autorise le prélèvement du montant de la cotisation mensuelle sur mon salaire / ma pension; et ce, à compter du :

- أصرح بأنني أبرمت عقدا مع الصندوق المغربي للتقاعد لتكوين تقاعد تكميلي لمدة لا تقل عن 8 سنوات وذلك ابتداء من تاريخ انخراطي.
- أرخص لمديرية نفقات الموظفين/ الخازن المكلف بالأداء بإخبار الصندوق المغربي للتقاعد بالجزء القابل للاقتطاع من راتبي.
- طبقا للشروط العامة لنظام التقاعد التكميلي، أرخص باقتطاع مبلغ الاشتراك الشهري من راتبي/معاشي؛ وذلك ابتداء من:

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

COTISATION MENSUELLE : — الاشتراك الشهري:

☐ Forfaitaire en (Dhs) en chiffres : …… جزافية (بالدرهم) بالأرقام : ☐

en lettres : …… بالحروف:

Je désire bénéficier de la déductibilité à la source des cotisations au titre de l'IR : Oui ☐ ou Non ☐

أود الاستفادة من الخصم الضريبي على الاشتراكات :
نعم ☐ أو لا ☐

Les instructions figurant sur cette autorisation demeurent valables jusqu'à la présentation d'une demande modificative.

إن التعليمات الواردة في هذا الترخيص تبقى صالحة إلى حين تقديم طلب تغيير الانخراط.

Signature de l'affilié(e) précédée de la mention «Lu et approuvé »

Fait à ….....…..ب حرر
le : …...../…...…/…… بتاريخ

إمضاء المنخرط مسبوق بصيغة
"قرئ وصودق عليه"

Par le biais de ce formulaire, la CMR *collecte vos données personnelles en vue de* la constitution et l'octroi de vos droits à pensions. *Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n°* AG-GC-345/2014. *Les données personnelles collectées peuvent être transmises à l'organisme chargé du précompte des cotisations mensuelles. Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez vous adresser par email à* cmr@cmr.gov.ma *ou par téléphone au 0537567567.*

يستخدم الصندوق المغربي للتقاعد بياناتكم الشخصية المدلى بها بواسطة هذه الوثيقة لأجل تكوين حقوقكم في المعاش وتخويلها لفائدتكم. تتم معالجة هذه البيانات بترخيص من اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم AG-GC-345/2014 و يمكن أن تنقل البيانات الشخصية التي يتم جمعها إلى الهيئة المكلفة باقتطاع الاشتراكات الشهرية. ولممارسة حقوقكم في الولوج، والتصحيح والتعرض وفقا للقانون 09-08، يمكنكم الاتصال بالبريد الالكتروني cmr@cmr.gov.ma أو رقم الهاتف 0537567567.

الصندوق المغربي للتقاعد
Caisse Marocaine des Retraites

الصندوق المغربي للتقاعد شارع العرعار حي الرياض – الرباط ، ص. ب 2048
Av. Al Araar-Hay Riad- Rabat- B.P. 2048 Caisse Marocaine des Retraites
00 212 5 37 567 567
www.cmr.gov.ma