

طلب استرداد المساهمات الأجرية



خاص بالمشارك

أنا الموقع أسفله : رقم بطاقة التعريف الوطنية.....
(الاسم العائلي و الشخصي للمشارك)

العنوان :

الهاتف : الفاكس :

البريد الإلكتروني :

مشارك تحت رقم :

في نظام التقاعد الذي أقامه مشغلي :
(الاسم التجاري للمشغل)

المنخرط تحت رقم :

أطلب استرداد مساهماتي الأجرية المؤداة إلى الصندوق المهني المغربي للتقاعد من .. / .. / .. إلى .. / .. / ..
و أتخلى نتيجة ذلك، عن كل حقوقي في المعاش لدى الصندوق المهني المغربي للتقاعد للمدة المشار إليها أعلاه و ذلك طبقا لمقتضيات الفصل السادس ثلاث مرات للنظام الداخلي - (1)

حرر في بتاريخ.....

توقيع المشارك

*أرفق الوثائق التالية :

-نسخة من بطاقة التعريف الوطنية للمشارك مصادق عليها
-وصل مسلم من طرف شركة أو شركات التأمين، يثبت استرداد المساهمات الأجرية المتعلقة بالمنخرط أو المنخرطين المعنيين بهذا الطلب

خاص بالمشغل

نحن الموقعين أسفله :
(الاسم التجاري)

العنوان :

الهاتف :

رقم المنخرط : نشهد أن السيد (ة).....
كان في خدمتنا من .. / .. / .. إلى .. / .. / ..

حرر في بتاريخ.....

ختم و توقيع المشغل

(1) ينص الفصل السادس ثلاث مرات للنظام الداخلي للصندوق المهني المغربي للتقاعد بأن المشارك يختار عند مغادرته النهائية للشركة المنخرطة :
- إما أن يحتفظ بحقوقه المكتسبة لدى الصندوق إلى غاية السن القانوني للتقاعد
- إما أن يطلب استرداد المساهمة الأجرية صافية من الفوائد، و في هذه الحالة، سيضيع الاستفادة من المعاش الناتج عن مساهمات المشغل

Partie réservée au salarié affilié

Je soussigné (e) : C.I.N. N° :
(Nom et prénom de l'affilié)

Adresse :
Téléphone : Fax :
E-mail :

Affilié (e) sous le matricule :
au régime de retraite institué par mon employeur :
Raison sociale de l'employeur)

Adhèrent n° :

Demande le remboursement de mes cotisations salariales
versées à la CIMR du .. \ .. \ au .. \ .. \

**Et renonce en conséquence à tous les droits à pension de la part de la CIMR pour la période indiquée ci-dessus,
conformément à l'article 6ter du Règlement Interieur de la CIMR(1)**

Fait à le

***Pièces à joindre :**

- Photocopie légalisée de la CIN de l'affilié(e)
- Quittance délivrée par la ou les compagnie(s) d'assurances, attestant le remboursement des cotisations salariales au titre de l'adhérent (des adhérents) correspondant à la présente demande

Partie réservée à l'employeur

Nous soussignés :
(Raison sociale)

Adresse :

Téléphone :
.....

Adhèrent N° : certifions par la présente que
(Nom et prénom de l'affilié)

a été à notre service du : .. \ .. \ au .. \ .. \ Cachet et signature de l'employeur

(1) l'article 6 ter du Règlement Interieur de la CIMR stipule que lors de son départ définitif d'une société adhérente, l'affilié aura la faculté :

- soit de conserver pour l'âge prévu de la retraite, le bénéfice des droits acquis auprès de l'institution,
- soit de demander le remboursement de la cotisation salariale nette d'intérêts. Dans ce cas, il perdra le bénéfice de l'allocation correspondante au titre de la contribution patronale.

En vertu des dispositions de la loi n° 08-09 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, la CIMR s'engage à collecter et à traiter vos données personnelles conformément à la loi précitée pour la finalité de la gestion du remboursement des cotisations salariales du client à la CIMR.

Vos données ne sont, en aucun cas, communiquées à des tiers, à l'exception de ceux mentionnés dans les traitements déclarés par la CIMR et autorisés par la CNDP à savoir :

1. Le centre de relation client
2. Les compagnies d'assurance

Conformément à la loi 08-09 susmentionnée, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'opposition dans le respect des dispositions internes à la CIMR, au traitement de vos données personnelles ou à ce que vos données soient utilisées par la CIMR à des fins de prospections directes par l'utilisation de tout moyen, en vous adressant directement à l'une des agences du réseau CIMR, soit par courrier électronique à conformite@cimr.ma, voie postale à : CIMR - Département Compliance - 100, Bd Abdelmoumen, 20340 - Casablanca.

[X] En cochant la case ci-contre je consens à ce que la CIMR utilise mes données personnelles afin de m'envoyer des lettres d'information pouvant contenir des offres commerciales de la CIMR.

Par la signature du présent formulaire, j'accepte à ce que mes données personnelles soient collectées et traitées par la CIMR.

Signature de l'affilié