



طلب راتب العجز

Demande de pension d'invalidité

وكالة
رمز الوكالة Code agence
رقم الملف N° du dossier
تاريخ الإيداع Date Dépôt
مرجع رقم : 314-1-04: Réf.

Cadre réservé à l'assuré

إطار خاص بالمؤمن له

رقم التسجيل N° d'immatriculation
تاريخ الازدياد Date de naissance
رقم بطاقة التعريف الوطنية N° CIN

Nom et Prénom

الاسم العائلي والشخصي

الجنسية :
Fonction : المهنة : Nationalité :

Adresse

العنوان

الرمز البريدي Code postal

Ville

المدينة

Pays

البلد

الحالة المدنية :: État matrimonial

مطلق (ة) Divorcé(e) أرمل (ة) Veuf (ve) متزوج (ة) Marié(e) عازب (ة) Célibataire

عدد الأطفال : N° d'enfants : عدد الزوجات : Nombre de conjoints :

معلومات خاصة بالزوج (ة) (s) conjoint Renseignements concernant le (ou les) conjoint (s)

الاسم العائلي والشخصي Nom et Prénom	تاريخ الازدياد Date de naissance	تاريخ الزواج Date de mariage	رقم الانخراط N° CNSS	رقم البطاقة الوطنية N° CIN	المهنة (1) Profession(1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le Mode de Paiement

نمط الأداء :

بطاقة بنكية جاهزة Carte prépayé تحويل بنكي Virement bancaire

البنك Intitulé banque

رقم الحساب Compte

Je soussigné certifie exact les présents renseignements et déclare n'exercer aucune activité salariale depuis :

أنا الموقع أسفله أشهد بصحة هذه المعلومات، كما أصرح بأنني لا أزاوّل أي عمل مأجور و ذلك منذ :

Signature de l'assuré
إمضاء المؤمن له

Cadre réservé à l'affilié

إطار خاص بالمشغل

رأس المال : اسم المشغل :

رقم الانخراط N° d'Affiliation : العنوان :

تاريخ انقطاع المؤمن له عن العمل : Date de cessation d'activité de l'assuré :

هل الانقطاع عن العمل ناتج عن حادثة شغل أو مرض مهني	oui نعم	Non لا	طابع المشغل Cachet de l'employeur
في حالة الإجابة بنعم هل تم التصريح لدى شركة التأمين عن الأخطار المهنية	oui نعم	Non لا	

Cadre réservé à l'assurance		إطار خاص بشركة التأمين	
Raison sociale :		اسم شركة التأمين	
N° de police :	رقم البوليصه	Adresse : العنوان	
Le salarié est-il bénéficiaire d'une rente au titre de la législation sur les AT ou MP (*)	oui <input type="checkbox"/> نعم Non <input type="checkbox"/> لا	هل يستفيد الأجير من منحة طبقا لتشريع الشغل الخاص بحوادث العمل والأمراض المهنية ن(*)	
Le salarié a-t-il bénéficié des indemnités journalières de maladie au titre des ATMP (*)	oui <input type="checkbox"/> نعم Non <input type="checkbox"/> لا	هل استفاد الأجير من التعويضات اليومية عن المرض برسم حوادث الشغل والأمراض المهنية (*)	
Si oui, nombre de jours	في حالة الإجابة بنعم عدد الأيام	N° du dossier	رقم الملف
Le montant de cette rente	مبلغ هذه المنحة	Le taux d'IPP	نسبة العجز الجزئي الدائم
طابع شركة التأمين Cachet de la compagnie d'assurance			

Avis du médecin traitant		قرار الطبيب المعالج	
Le demandeur est-il invalide aux termes de la législation (*)	oui <input type="checkbox"/> نعم Non <input type="checkbox"/> لا	هل صاحب الطلب مصاب بعجز طبقا للتشريع (*)	
L'incapacité est elle due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle (*)	oui <input type="checkbox"/> نعم Non <input type="checkbox"/> لا	هل عدم القدرة على العمل ناتج عن حادث شغل او مرض مهني (*)	
S'agit-il d'état définitif (*)	oui <input type="checkbox"/> نعم Non <input type="checkbox"/> لا	هل العجز نهائي (*)	
L'état de santé du requérant nécessite-il l'assistance d'un tiers ? (*)	oui <input type="checkbox"/> نعم Non <input type="checkbox"/> لا	هل يحتاج العاجز إلى مساعدة الغير (*)	
Code maladie	رمز المرض	Code assistance	رمز المساعدة (*)
Nombre de jours de Repos accordé	أيام الاستراحة الممنوحة	طابع الطبيب المعالج Cachet du Médecin Traitant	
Date de consolidation	تاريخ التمام الجرح		

Conclusion du médecin conseil de la CNSS		القرار النهائي لطبيب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	
Etant donné l'avis du médecin traitant :		بالنظر إلى رأي الطبيب المعالج :	
Le requérant est il :		هل المؤمن له	
Invalide : <input type="checkbox"/>	عاجز : <input type="checkbox"/>	Invalide définitif : <input type="checkbox"/>	عاجز بصفة دائمة : <input type="checkbox"/>
Non invalide : <input type="checkbox"/>	غير عاجز : <input type="checkbox"/>		
L'état de santé de l'assuré nécessite-il l'assistance d'un tiers ?	oui <input type="checkbox"/> نعم Non <input type="checkbox"/> لا	هل يحتاج العاجز إلى مساعدة الغير :	
طابع الطبيب Cachet du Médecin Conseil			

Cadre réservé à l'agence CNSS		إطار خاص بوكالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي :	
Date début d'incapacité :	تاريخ بداية العجز :	Date de prise d'effet	تاريخ سريان المفعول :
Demande Réceptionnée	استلم من طرف	Saisie par	سجل من طرف
Contrôlée et validée par		روقب و صودق عليه من طرف	
Le :	Le :	Le :	

Pièces à joindre à cette demande		الأوراق الواجب دفعها صحبة هذا الطلب	
- Copie de la carte d'immatriculation à la CNSS.	- نسخة من بطاقة التسجيل ب ص.و.ض.ج.	- Copie de la carte d'identité nationale.	- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية.
- Certificat de vie de date récente (3 mois)	- شهادة الحياة لا يتعدى تاريخ تسليمها 3 أشهر.	- Copie de la demande initiale IJM en cas de bénéfice.	- نسخة من الطلب الأول للتعويضات اليومية عن المرض في حالة استفادكم منه .
- Certificat médical précisant la date de début d'incapacité et la nature de la maladie.	- شهادة طبية تحدد تاريخ بداية العجز وتبين طبيعة المرض.	- Certificat de cessation d'activité délivré par le dernier employeur.	- شهادة التوقف عن العمل محررة من طرف آخر مشغل.
- Subrogation de droit en matière d'invalidité dûment cachetée et signée par l'employeur, et copie du procès verbal de la police ou de la gendarmerie royales en cas d'invalidité suite à un accident de voie publique .	- استمارة الحلول محل دوي الحقوق الخاصة بالعجز تحمل إمضاء وطابع المشغل. و نسخة من محضر الشرطة أو الدرك الملكي في حالة العجز الناتج عن حادثة.		

* cocher la case correspondante