

Les coordonnées de l'assuré

بيانات المؤمن له

N° d'immatriculation : رقم التسجيل :

N°CNI⁽¹⁾ : رقم البطاقة الوطنية للتعريف (1) :

Les coordonnées du demandeur

بيانات المتقدم بالطلب

N°CNI⁽¹⁾ : رقم البطاقة الوطنية للتعريف (1) :

Prénom : الاسم العائلي : Nom : الاسم الشخصي :

Lien de parenté avec l'assuré : صلة القرابة مع المؤمن له :

Adresse * : العنوان * :

Ville : المدينة :

Pays : البلد : Code Postale : الرمز البريدي :

Téléphone* : الهاتف * : Adresse email* : البريد الإلكتروني * :

* Les informations fournies doivent être correctes pour donner suite à votre demande

* المرجو التأكد من صحة هذه المعلومات لضمان الرد على طلبكم

Domaine concerné par la demande de conciliation (A cocher X)

المجال المعني بطلب المصالحة (ضع علامة X)

N° du dossier objet de la demande : رقم الملف موضوع الطلب :

- Allocations de décès	<input type="checkbox"/>	- التعويض عن الوفاة	<input type="checkbox"/>
- Allocations familiales	<input type="checkbox"/>	- التعويضات العائلية	<input type="checkbox"/>
- Assurance maladie obligatoire	<input type="checkbox"/>	- التامين الإجباري عن المرض	<input type="checkbox"/>
- Assurance volontaire	<input type="checkbox"/>	- التامين الاختياري	<input type="checkbox"/>
- Indemnité journalière de maladie/ maternité	<input type="checkbox"/>	- التعويضات اليومية عن المرض/الولادة	<input type="checkbox"/>
- Indemnité de perte d'emploi	<input type="checkbox"/>	- التعويض عن فقدان الشغل	<input type="checkbox"/>
- Pensions	<input type="checkbox"/>	- المعاشات	<input type="checkbox"/>
- Conventions internationales	<input type="checkbox"/>	- الاتفاقيات الدولية	<input type="checkbox"/>
- Remboursement des cotisations salariales	<input type="checkbox"/>	- استرجاع الاشتراكات الاجرية	<input type="checkbox"/>
- Assujettissement travailleur non salarié	<input type="checkbox"/>	- انخراط العمال غير الأجراء	<input type="checkbox"/>
- Retraite travailleur non salarié	<input type="checkbox"/>	- تقاعد العمال غير الأجراء	<input type="checkbox"/>
- Déclaration de salaires	<input type="checkbox"/>	- التصريحات بالأجور	<input type="checkbox"/>
- Modification des données signalétiques	<input type="checkbox"/>	- تغيير المعلومات الشخصية	<input type="checkbox"/>
- Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>	- آخر (للتحديد)	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà déposé une réclamation à la CNSS⁽²⁾ ?

Oui Non
نعم لا

هل سبق و تقدمتم بوضع شكاية لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي⁽²⁾ ؟

Date de la réclamation (Dernière réclamation)

تاريخ الشكاية (آخر شكاية)

Numéro de la réclamation (Si disponible)

رقم الشكاية (إذا كان متوفرا)

Avez-vous reçu une réponse ?

Oui Non
نعم لا

هل توصلتم بجواب من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ؟

Date de la réponse⁽³⁾

تاريخ الجواب⁽³⁾

Avez-vous saisi le tribunal⁽²⁾ ?

Oui Non
نعم لا

هل لجأتم إلى القضاء فيما يخص هذا الطلب⁽²⁾ ؟

