



طلب التعويض عن فقدان الشغل
Demande d'indemnité pour perte
d'emploi

Référence : 310-1-26

N° Dossier

رقم الملف

Cadre réservé à l'assuré

إطار خاص بالمؤمن له

Je soussigné(e),

أنا الموقع (ة) أسفله،

N° d'immatriculation :

رقم التسجيل :

N° CNI⁽¹⁾ :

رقم البطاقة الوطنية للتعريف⁽¹⁾ :

Nom : _____ : الاسم العائلي Prénom : _____ : الاسم الشخصي:

N° Tél portable : _____ : رقم الهاتف النقال Adresse email : _____ : البريد الإلكتروني:

Adresse : _____ : العنوان :

Ville : _____ : المدينة Code postal : _____ : الرمز البريدي :

Déclaration sur l'honneur de l'assuré

تصريح بالشرف للمؤمن له

Déclare avoir perdu mon emploi auprès de l'employeur :

أصرح أنني فقدت عملي لدى المشغل :

en date du :

بتاريخ :

et m'engage à aviser la CNSS en cas de reprise
d'activité, dans les huit jours qui suivent.

و ألتزم بإشعار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في حال
استئناف العمل من جديد، داخل أجل ثمانية أيام.

توقيع المؤمن له(ها)
Signature de l'assuré(e)

Cadre réservé à l'affilié

إطار خاص بالمشغل

Nom ou raison sociale : _____ : الاسم أو الاسم التجاري

N° Affiliation : _____ : رقم الانخراط: Tél : _____ : رقم الهاتف

Déclaration de l'employeur

تصريح المشغل

Déclare que le salarié(e) ci-haut
identifié(e) a perdu son emploi le :

أصرح أن الأجير(ة) المذكور(ة) اسمه(ها) أعلاه
فقد(ت) شغله(ها) بتاريخ:

Prière de cocher l'une des deux options
(Oui / Non) des trois cases ci-dessous:

يرجى وضع علامة على أحد الخيارين (نعم / لا)
للخانات الثلاث التالية:

إمضاء و ختم المشغل
Visa et Cachet de l'employeur

| | Oui / نعم | Non/ لا | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| Démission..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | استقالة..... |
| Départ volontaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مغادرة طوعية..... |
| Abandon de poste..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | تخلي عن المنصب..... |

(1) Ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)

(1) أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

| Conditions d'ouverture de droit à l'indemnité pour perte d'emploi | شروط الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل |
|--|--|
| - Cumul de 780 jours de déclarations de salaires pendant les 36 derniers mois précédant la date de perte d'emploi dont 260 jours durant les 12 derniers mois précédant cette date. | - التوفر على 780 يوما من التصريحات بالأجور خلال 36 شهرا السابقة لتاريخ فقدان العمل منها 260 يوما مصرح بها خلال 12 شهرا السابقة لهذا التاريخ. |
| - Perte d'emploi suite à des circonstances indépendantes de la volonté de l'assuré. | - فقدان الشغل بسبب ظروف خارجة عن إرادة المؤمن له. |
| - Dépôt de la demande d'indemnité pour perte d'emploi dans un délai ne dépassant pas 60 jours à compter de la date de perte d'emploi. | - وضع طلب التعويض عن فقدان الشغل داخل أجل لا يتعدى 60 يوما ابتداء من تاريخ فقدان الشغل. |
| - Inscription de l'assuré à l'ANAPEC pour recherche d'emploi | - تسجيل المؤمن له بالوكالة الوطنية لإنعاش التشغيل والكفاءات للبحث عن شغل |

| | |
|---|---|
| Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. | تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي. |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>Pour plus d'informations :</p> <p>Merci de visiter notre site Web ou le portail des assurés ou l'application mobile ou appeler notre serveur vocal au numéro ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros</p> | <p>المزيد من المعلومات:</p> <p>يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم أو تطبيق الهاتف أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام</p> <p>www.cnss.ma www.macnss.ma « Ma CNSS » 080 20 30 100 080 203 3333 / 080 200 7200</p> |
|--|--|