



طلب الاككتاب بالتأمين الاختياري  
Demande de souscription a l'assurance  
volontaire

مديرية المنخرطين  
DIRECTION DES AFFILIES

مرجع رقم : 319-1-01 Réf. :

إطار يملأ من طرف صاحب الطلب  
Cadre à remplir par le demandeur

N° d'immatriculation		رقم التسجيل	N° CNI (1)		رقم البطاقة الوطنية للتعريف (1)			
Nom		الاسم العائلي	Prénom		الاسم الشخصي			
Adresse						العنوان		
Quartier		الحي	Ville		المدينة	Code Postal		الرمز البريدي
Pays		البلد	N° Tél portable					رقم الهاتف النقال
Adresse Email						عنوان البريد الالكتروني		

Je soussigné, demande par la présente la souscription à l'assurance volontaire

أنا الموقع أسفله، أشهد أنني بهذه الوثيقة أتقدم بطلب للاككتاب بالتأمين الاختياري

أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة  
Je déclare les informations citées sincères et véritables

إمضاء صاحب الطلب  
Signature du demandeur

إطار يملأ من طرف آخر مشغل (2)  
Cadre à remplir par le dernier employeur (2)

Employeur		المشغل	أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة Je déclare les informations citées sincères et véritables
N° Affiliation		رقم الانخراط	
Atteste que Mme/Mr		يشهد أن السيد(ة)	
Exerçant la fonction de		كان (ت) يزاول مهنة	
A cessé toute activité salariale à partir de		انقطع(ت) عن العمل المأجور ابتداء من	إمضاء وختم المشغل Visa et cachet de l'employeur
Téléphone de l'Affilié (3)		رقم هاتف المشغل (3)	Fait à ..... حرر في le ..... بتاريخ

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

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

(2) Dans le cas où ce cadre ne peut pas être rempli, le demandeur est prié de remplir la déclaration sur l'honneur au verso du présent

(2) في حالة تعذر ملأ هذا الإطار، المرجو من صاحب الطلب ملأ التصريح بالشرف خلفه

(3) Champ facultatif

(3) معلومة اختيارية

**تصريح بالشرف بالانقطاع عن العمل**

**Declaracion sur l'honneur de cessation d'activite**

Je soussigné,  
déclare sur l'honneur que j'ai cessé l'activité  
salariée le :

أنا الموقع(ة) أسفله،  
أصرح بشرفي أنني توقفت عن العمل كأجير بتاريخ

Dernier employeur

آخر مشغل

Je m'engage à informer la CNSS de tout changement survenu ultérieurement.

ألتزم بإخبار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأي تغيير يطرأ لاحقاً.

**NB:**  
Toute fausse déclaration expose le déclarant à des sanctions pénales et des poursuites judiciaires conformément à la réglementation en vigueur.

**تنبيه:**  
أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح لعقوبات جنائية ومتابعات قضائية طبقاً للتشريع الجاري به العمل.

**Signature التوقيع**

Fait à ..... حرر في  
le ..... بتاريخ

**الوثائق المرافقة لهذا الطلب :**

**Pièces à joindre à la présente demande :**

- Copie de la CNI ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)

- نسخة من البطاقة الوطنية للتعريف أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

**Très important :**

**هام جداً:**

- La souscription à l'assurance volontaire est suspendue automatiquement en cas de non règlement des cotisations dues pendant une durée de douze mois successifs

- يوقف الاكتتاب بالتأمين الاختياري تلقائياً في حالة عدم أداء واجبات الاشتراك خلال مدة اثني عشر شهراً متتالية

- Les cotisations dues payées après la date d'exigibilité ne seront pas prises en considération pour la détermination du droit aux prestations sans paiement des pénalités de retard.

- واجبات الاشتراك المؤداة بعد تاريخ وجوب الأداء لا تحتسب عند تحديد الحق في التعويضات دون أداء ذواعر التأخير

**Pour plus d'informations :**

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

www.cnss.ma  
www.ma.cnss.ma  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال الوالضمان على الأرقام