الصنـــــــــدوق الوطنـــــــــي للتقاعـــــــــد

طلب الحصول على التقاعد

ASSURÉ(E) المؤمن (ة)

Nom : ..... Prénom(s) : .....
اللقب الإسم

Nom de jeune fille : .....
إسم الميلاد

Date de naissance : ..... Lieu : ..... Nationalité : .....
تاريخ الميلاد المكان الجنسية

Prénom(s) du père : .....
إسم الأب

Nom et prénom(s) de la mère : .....
إسم و لقب الأم

Adresse : .....
العنوان

Commune : ..... : بلدية Wilaya : ..... : ولاية Code postal : .....
رمز بريدي

Etes vous handicapé ? OUI ☐ نعم NON ☐ لا هل أنت معوق ؟

Situation de famille : Célibataire ☐ أعزب (ة) Marié(e) ☐ متزوج (ة) Veuf(ve) ☐ أرمل (ة) Divorcé(e) ☐ مطلق (ة)

N° d'immatriculation sécurité sociale : رقم الضمان الإجتماعي

N° tél. (Facultatif) : .....
رقم الهاتف (إختياري)

CADRE RÉSERVÉ A LA CAISSE NATIONALE DES RETRAITES

Date de dépôt تاريخ إيداع الملف

Date d'enregistrement تاريخ التسجيل

Nom et signature de l'agent
إسم وتوقيع عون الوكالة

N°DOSSIER رقم الملف

IDENTITÉ DU CONJOINT الحالة المدنية للزوج (ة) أو الزوجات

NOMBRE DE CONJOINT(S) A CHARGE ☐ عدد الزوجات تحت الكفالة
(Réservé à la CNR) (خاص بمصالح التقاعد)

	1	2	3	4
Nom de naissance : اللقب الميلاد				
Prénom(s) : الإسم				
Date de naissance : تاريخ الميلاد				
Prénom(s) du père : إسم الأب				
Nom et prénom(s) de la mère : إسم و لقب الأم				
Nationalité : الجنسية				
Date de décès ou du divorce : تاريخ الوفاة أو الطلاق				
Ressources annuelles : الموارد السنوية				

IMP CNAS CNE 02/08 RET/01

ACTIVITÉ NON SALARIÉE نشاط غيرمأجور

OUI ☐ نعم NON ☐ لا

(Mettre une croix dans la case correspondante) (ضع علامة في الخانة المناسبة)

Activité النشاط	Période الفترة		Adresse العنوان
	Du من	Au إلى	

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), M. ....., déclare sur l'honneur que les renseignements figurant sur la présente demande sont exacts et que je m'engage à informer la CNR de tout changement qui interviendra ultérieurement dans ma situation.

A ....., Le .....

Signature,

تصريح شرفي

أنا الممضي أسفله، السيد(ة) : ..... بشرفي، أشهد بصحة المعلومات الواردة أعلاه وإنني ألتزم بإخبار صندوق التقاعد عن كل تغيير يطرأ على وضعيتي.

حرر بـ ..... في .....

التوقيـع

LA PRÉSENTE DEMANDE DOIT ETRE IMPÉRATIVEMENT RENSEIGNÉE EN TOTALITÉ ET ECRITE EN LETTRES CAPITALES D'IMPRIMERIE

هام جدا: تنص المادتين 82 و83 من قانون المنازعات رقم 08-08 الصادر في 23 فبراير 2008 على أنه: "يعاقب بالحبس من ستة (6) أشهر إلى سنتين (2) و بغرامة مالية من ثلاثين ألف دينار (30.000 دج) إلى مائة ألف دينار (100.000 دج)، كل من أدلى بتصريحات كاذبة، عرض خدمات أو قبلها أو قدمها بغرض حصوله أو حصول الغير على أداءات غير مستحقة.

IMPORTANT : Est puni d'un emprisonnement de six (06) mois à deux (02) ans et d'une amende de trente mille dinars (30000 DA) à cent mille dinars (100000 DA), toute personne ayant fait de fausses déclarations, offert, accepté ou prêté des services pour obtenir, pour lui-même ou faire obtenir indûment des prestations à des tiers ". (Art.82 et 83 Loi n°08-08 du 23 février 2008)

RESSOURCES DU DEMANDEUR — موارد طالب التقاعد

Oui نعم ☐ Non لا ☐

Ressources الموارد	Montant annuel المبلغ السنوي	N° de l'avantage رقم الإمتياز	Organisme payeur الهيئة المسددة

ENFANT(S) A CHARGE — أطفال تحت الكفالة

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE (Réservé à la CNR) ☐ عددهم (خاص بمصالح التقاعد)

Nom et prénom(s) الإسم و اللقب	Sexe الجنس	Date de naissance تاريخ الميلاد
1.	M ☐ ذ F ☐ أ	
2.	M ☐ ذ F ☐ أ	
3.	M ☐ ذ F ☐ أ	
4.	M ☐ ذ F ☐ أ	
5.	M ☐ ذ F ☐ أ	
6.	M ☐ ذ F ☐ أ	
7.	M ☐ ذ F ☐ أ	
8.	M ☐ ذ F ☐ أ	
9.	M ☐ ذ F ☐ أ	
10.	M ☐ ذ F ☐ أ	

ASCENDANTS A CHARGE — أصول تحت الكفالة

NOMBRE D'ASCENDANTS (Réservé à la CNR) ☐ عددهم (خاص بمصالح التقاعد)

PÈRE الأب : Oui نعم ☐ Non لا ☐ MÈRE الأم : Oui نعم ☐ Non لا ☐

Nom اللقب		
Prénom(s) الإسم		
Date de naissance تاريخ الميلاد		
Nature de ressources طبيعة الموارد		
Montant annuel ressources المبلغ السنوي للموارد		

AUTRES PERSONNES A CHARGE — أشخاص آخرين تحت الكفالة

Nom اللقب		
Prénom(s) الإسم		
Date de naissance تاريخ الميلاد		
Lien de parenté صلة القرابة		

ACTIVITÉ SALARIÉE EN ALGÉRIE — نشاط مأجور في الجزائر

Lieu d'activité (Wilaya) مكان العمل (الولاية)	N° Adhérent de l'employeur رقم إنخراط المستخدم	Nom ou raison sociale de l'employeur إسم وعنوان المستخدم	N° Immatriculation S/S رقم الإنتماء إلى الضمان الإجتماعي	Période فترات العمل

PÉRIODES ASSIMILÉES A DES PÉRIODES DE TRAVAIL — فترات مماثلة لفترات العمل

	Du من / Au إلى
Indemnité journalière (Maladie ou A.T) ☐ مرض أوحادث عمل	
Maternité ☐ أمومة	
Invalidité ☐ عجز	
Taux de la rente (AT) ≥ à 50 % ☐ نسبة ريع حادث عمل تعادل أو تفوق 50 بالمئة	
Service national ☐ الخدمة الوطنية	
Retraite anticipée ☐ تقاعد مسبق	
Allocation chômage ☐ تأمين من البطالة	

SITUATIONS PARTICULIÈRES — حالات خاصة

		Oui نعم	Non لا
Moudjahid	مجاهد	☐	☐
Veuve de Chahid	أرملة شهيد	☐	☐
Enfant de Chahid	إبن شهيد	☐	☐
الجيش الوطني الشعبي A.N.P	رجل جند متقاعد H.D.T	☐	☐
	ضابط صف S/Officier	☐	☐
	ضابط Officier	☐	☐
	شبه عسكري P.C.A	☐	☐

ACTIVITÉ SALARIÉE A L'ETRANGER — نشاط مأجور في الخارج

Caisse d'Affiliation صندوق الإنتماء	N° Sécurité sociale رقم الضمان الإجتماعي	Période فترات العمل Au إلى	Du من	Pays البلد	Nom ou raison sociale et adresse de l'employeur إسم وعنوان المستخدم