الصنـــــــدوق الوطنـــــــي للتقاعـــــــد

طلب الحصول على التقاعد المنقول

الصندوق الوطني للتقاعد
Caisse Nationale des Retraites

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

Veuf(ve) أرمل(ة)		Ascendant(e) أصال مكفوف	
Orpheline majeure يتيمة بالغة		Tuteur(trice) وصي	
Orphelin majeur handicapé يتيم معوق		Collatérale قريب من الدرجة الثالثة	

CADRE RÉSERVÉ A LA CAISSE NATIONALE DES RETRAITES

N°Pension du Decujus
رقم ملف الهالك

.....

Date de dépôt تاريخ إيداع الملف

Nom et signature de l'agent
إسم وتوقيع عون الوكالة

IDENTITÉ DU DEMANDEUR هوية طالب (ة) التقاعد

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 prenom(s) de la mere : .....
إسم و لقب الأم

Adresse : .....
العنوان

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

N°Sécurité Sociale
رقم الضمان الاجتماعي

N°Identification National
رقم الهوية الوطني

Compte CCP/RIP/RIB
الحساب البريدي/البنكي

Espace Contact
مجال التواصل

N°tél Mobile رقم الهاتف المحمول

N°tél Fixe رقم الهاتف الثابت

Adresse Email عنوان البريد الالكتروني
.....

ASSURÉ(E) DÉCÉDÉ(E) الحالة المدنية للمؤمن(ة) الإجتماعي(ة) المتوفي(ة)

Nom : ..... Prénom(s) : ..... Nom de jeune fille : .....
اللقب الإسم إسم الميلاد

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

Prénom(s) du père : ..... Nom et prénom(s) de la mère : .....
إسم الأب إسم و لقب الأم

Date de décès : .....
تاريخ الوفاة

Causes du décès : سبب الوفاة — Mort naturelle وفاة طبيعي ☐ — Acte terroriste ضحية إرهاب ☐ — Accident de travail ضحية حادث عمل ☐ — Autres أخرى ☐

N° d'immatriculation sécurité sociale : رقم الضمان الإجتماعي :

RESSOURCES الموارد

Nature طبيعة الإمتياز	Montant annuel المبلغ السنوي	N° avantage رقم الإمتياز	Organisme payeur المؤسسة مانحة الإمتياز

IMP . CNAS CNE 05/ 17 RET/ 02.MOD

Site web : www.cnr.dz

ACTIVITÉ NON SALARIÉE نشاط غيرماجور

L'assuré(e) décédé(e) a t'il (elle) exercé(e) une activité non salariée ? هل المؤمن(ة) التوفي(ة) مارس(ت) نشاطا غير مأجور ؟

OUI ☐ نعم NON ☐ لا

RESSOURCES DU DEMANDEUR	OUI نعم	NON لا	موارد المعني بالأمر
Avez vous des ressources provenant de :			**هل لديكم موارد من :**
- Une activité salariée	☐	☐	ـ نشاط مأجور
- Une activité non salariée	☐	☐	ـ نشاط غير مأجور
- Une retraite servie par la CASNOS	☐	☐	ـمعاش صندوق غيرالأجراء
- Une pension de service	☐	☐	ـ معاش خدمة
- Une pension d'invalidité (CNAS ou CASNOS)	☐	☐	ـ منحة عجز
- Une rente d'accident de travail (CNAS)	☐	☐	ـ ريع حادث عمل
- Une allocation de chômage (CNAC)	☐	☐	ـ منحة التأمين عن البطالة
- Un avantage servi par le Ministere des Moudjahidine			ـ إمتياز ممنوح من وزارة المجاهدين
- Retraite complémentaire (article 156)	☐	☐	- منحة إضافية (م156)
- Pension de fils(le), ascendant(e) de Chahid	☐	☐	- منحة إبن أوأصل شهيد
- Pension de fils(le) de Moudjahid handicapé(e)	☐	☐	ـ منحة إبن مجاهد معوق
- Pension de victime civile	☐	☐	- منحة ضحية مدنية
- Une pension servie par la caisse de retraite militaire	☐	☐	- معاش من صندوق التقاعد العسكري
- Un bien de rapport procurant un revenu permanent	☐	☐	ـ ممتلكات تدر موارد دائمة

Pour le cas où vous avez répondu par "OUI", compléter les renseignements figurant au tableau ci-après

إذا كـــانـــت الإجابـــة بـــ"نـــعـــم" ، إملأ الإطـــار التـــالي

Nature طبيعة الإمتياز	Montant annuel المبلغ السنوي	N° avantage رقم الإمتياز	Organisme payeur المؤسسة مانحة الإمتياز

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR تصريح شرفي

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.

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 .....

Signature, **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)

Site web : www.cnr.dz

Cadre à renseigner si l'assuré(e) décédé n'etait pas retraité(e) يملأ هذا الإطار إن لم يكن المؤمن(ة) المتوفي متقاعدا

ACTIVITÉ SALARIÉE EN ALGÉRIE — نشاط مأجور في الجزائر

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

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

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

ACTIVITÉ SALARIÉE A L'ETRANGER — نشاط مأجور في الخارج

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

En cas de pluralité d'ayants droit, ce cadre ne doit être renseigner que par l'un d'entre eux (LA VEUVE EN PRIORITÉ) في حالة تعدد ذوي الحقوق ، يملأ هذا الإطار من طرف أحدهم فقط (الأولية للأرملة)

AUTRE(S) VEUVE(S) A SIGNALER — أرملة (أو أرامل أخرى) و لو مطلقة لم تودع ملفها

(Qui n'a(ont) pas déposé de dossier(s) même divorcée(s), indiquer leurs noms, prénoms et adresse :

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

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

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

ENFANT(S) A CHARGE (Même recueillis) — أطفال تحت الكفالة (و لو من غير صلب المتوفي)

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE ☐ عددهم

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

Oui نعم ☐ Non لا ☐

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

COLLATERALE(S) AU 3ème DEGRÉ A CHARGE SANS RESSOURCES — أقارب إناث من الدرجة الثالثة تحت الكفالة دون موارد

	1	2
Nom اللقب		
Prénom(s) الإسم		
Date de naissance تاريخ الميلاد		
Lien de parenté صلة القرابة		