الصنـــــــــدوق الوطنـــــــــي للتقاعـــــــــد

طلب الحصول على التقاعد المنقول

(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
| | | | | | | | |

Date d'enregistrement تاريخ التسجيل
| | | | | | | | |

Nom et signature de l'agent
إسم وتوقيع عون الوكالة

N°DOSSIER رقم الملف
| | | | | | | | | |

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

Adresse : .....
العنوان

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

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

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

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 02/08 RET/01

Site web : www.cnr-dz.com

ACTIVITÉ NON SALARIÉE نشاط غيرمأجور

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 كـانـت الإجابـة بـ"نـعـم" ، إملأ الإطـار التـالي

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.com

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

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 Du من Au إلى

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	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

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

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 (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

(Réservé à la CNR) — Oui نعم ☐ Non لا ☐ — (خاص بمصالح التقاعد)

	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		