

Je soussigné, Mme. /M. ....  
Responsable de l'agence : ..... Sise au : .....  
Déclare avoir reçu le ..... À l'heure .....  
À l'adresse de l'agence précitée :  
Mme. / Mlle. / M. / ..... Titulaire de la CIN .....  
Et bénéficiant d'une pension de la CIMR N° .....  
Situation familiale.....  
Titulaire de la CIN N° ..... N°GSM.....

Signature de l'allocataire	Signature et cachet du responsable d'agence
----------------------------	---

**Mention Légale :** En vertu des dispositions de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, la CIMR s'engage à collecter et à traiter vos données personnelles conformément à la loi précitée pour la finalité de la gestion des clients. Vos données ne sont, en aucun cas, communiquées à des sous traitants, à l'exception de ceux mentionnés dans les traitements déclarés par la CIMR et autorisés par la CNDP à savoir : **1.** Le centre de relation client **2.** Les compagnies d'assurance Conformément à la loi 09-08, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'opposition dans le respect des dispositions internes à la CIMR, au traitement de vos données personnelles ou à ce que vos données soient utilisées par la CIMR à des fins de prospections directes par l'utilisation de tout moyen, en vous adressant directement à l'une des agences du réseau CIMR, soit par courrier électronique à [conformite@cimr.ma](mailto:conformite@cimr.ma), voie postale à : CIMR - Département Compliance - Intersection boulevard de l'Aéropostale et boulevard Main Street. Casa-Anfa. Hay Hassani. Casablanca.

[ ] En cochant la case ci-contre je consens à ce que la CIMR utilise mes données personnelles afin de m'envoyer des lettres d'information de la CIMR. Par la signature du présent formulaire, j'accepte à ce que mes données personnelles soient collectées et traitées par la CIMR. Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNDP sous le numéro A-GC-187/2015.

**Signature**

مسؤول عن الوكالة الجهوية ..... الكاتبة في .....

أصرح بحضور يوم ..... على الساعة .....

الى مقر الوكالة المذكورة أعلاه

السيد (ة) ..... الحاملة لبطاقة التعريف الوطنية رقم .....

والمستفيد(ة) من المعاش رقم ..... بالصندوق المهني المغربي للتقاعد

الوضع العائلي .....

رقم الهاتف .....

توقيع وختم المسؤول عن الوكالة	توقيع المتقاعد

مراجعة قانونية: بموجب أحكام القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي، يتعهد الصندوق المهني المغربي للتقاعد بجمع ومعالجة بياناتك الشخصية وفقاً للقانون المذكور لغرض إدارة ملف المعاش لدى الصندوق المهني المغربي للتقاعد. لن يتم نقل بياناتك، تحت أي ظرف من الظروف، إلى أطراف ثالثة، باستثناء تلك المذكورة في عمليات المعالجة المعلن عنها من قبل الصندوق المهني المغربي للتقاعد والمرخصة من قبل اللجنة الوطنية لحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، وهي: 1. مركز العلاقة مع الزبائن، 2. شركات التأمين وفقاً للقانون 09-08، لديك في أي وقت الحق في الوصول أو التصحيح أو الاعتراض وفقاً للأحكام الداخلية للصندوق المهني المغربي للتقاعد، أو يمكنكم الاعتراض في أي وقت على معالجة المعلومات الخاصة بكم من طرف الصندوق المهني المغربي للتقاعد بغرض الاستقراء المباشر سواء بالتوجه إلى وكالات الصندوق المهني المغربي للتقاعد أو [compliance@cimr.ma](mailto:compliance@cimr.ma) عبر البريد الإلكتروني أو من خلال مراسلتنا إلى العنوان: الصندوق المهني المغربي للتقاعد - قسم الامتثال - تقاطع شارع أربووبستال وشارع مانستريت، البيضاء أنفا. الحي الحسني - الدار البيضاء

[ ] بتأشيري على الخانة المجاورة، أوافق على أن تقوم الصندوق المهني للتقاعد باستخدام بياناتي الشخصية من أجل إرسال نشرات إخبارية تخص الصندوق. ويتوقعي على هذا النموذج، أوافق على أن يتم جمع ومعالجة بياناتي الشخصية من طرف الصندوق المهني للتقاعد. وقد خضع هذا المعالجة لطلب ترخيص لدى اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي (CNDP) تحت الرقم A-GC-187/2015.

التوقيع: