

Demande de liquidation de pension d'orphelins

Je soussigné (e)

Adresse :

Tél: GSM:

Tuteur (trice) légal (e) des orphelins de Monsieur ou Madame :

Matricule CIMR N° :

Précédemment au service de :

Raison sociale et n° d'adhésion du dernier employeur adhérent à la CIMR

Demande à la CIMR, conformément aux dispositions de l'article 10 de son règlement intérieur, la liquidation de leur pension à compter du (1)

Noms et prénoms	Date de naissance	Situation actuelle

Je m'engage, sous peine de voir le service de leurs allocations suspendues, à me conformer aux dispositions prévues dont j'ai pris connaissance et à signaler à la CIMR les changements qui pourraient intervenir dans leur situation, notamment en cas de mariage ou d'émancipation

Fait à

Le

Mention Légale : En vertu des dispositions de la loi n° 08-09 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 de liquidation de pension client à la CIMR.

Vos données ne sont, en aucun cas, communiquées à des tiers, 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 08-09 susmentionnée, 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, voie postale à : CIMR - Département Compliance - 100, Bd Abdelmoumen, 20340 - 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 pouvant contenir des offres commerciales de la CIMR ou d'un de ses partenaires.

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

Cadre réservé au dernier employeur

Je soussigné (e) N° d'adhésion

certifions par la présente que M né (e) le

matricule CIMR N° a été à notre service du au

Fait à

Le

Cachet et signature de l'employeur