

Agence : وكالة :
Centre de Paiement : مركز الدفع :

طلب منحة الوفاة

DEMANDE D'ALLOCATION DÉCÈS

Imp. CNAS 12.92 AS 17

Je soussigné, nom : : أنا الممضي، الاسم : :
Prénom : : اللقب : :
Adresse : : العنوان :

يطلب منحة الوفاة تطبيقا للتنظيم الساري المفعول باسم :

الزوجة الأصول المكفولين الوصي أو الأطفال المكفولين (1)

أشهد بشرفي أنه لا يوجد أشخاص آخرون لهم حق الإستفادة إلا المذكورين أعلاه.

Demande le versement de l'allocation décès en application de la réglementation en vigueur au titre de :

Conjoint Ascendant à Charge Tuteur du ou des Enfants à Charge de l'Assuré (1)

Je certifie sur l'honneur qu'a ma connaissance il n'y a pas d'autres personnes bénéficiaires que celles dont j'ai indiqué l'identité ci- dessous :

الأزواج، الأطفال، الأصول المكفولين

CONJOINT, ENFANTS ET ASCENDANTS A CHARGE DE L'ASSURE (2)

| الاسم واللقب NOM ET PRENOMS | تاريخ الإزدياد DATE DE NAISSANCE | الصفة QUALITE |
|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

حرر بـ في، le Fait à

الامضاء، Signature

معلومات خاصة بالمؤمن المتوفي في

Renseignements concernant l'assuré décédé le

Nom : الاسم :

Prénoms : اللقب :

N° d'immatriculation رقم التسجيل

مطلق (ة) تاريخ الطلاق

متزوج أو حمل (ة) تاريخ وفاة الزوج (ة)

Marié (e) veuf (ve) date de décès du conjoint

divorcé (e) date de divorce

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

(2) Indiquer le lien de parenté (Conjoint, Enfants, Ascendant à charge de l'assuré)

(3) Le tuteur signe pour les Mineurs.

(1) ضع علامة X داخل الحانة المناسبة.

(2) الرابطة العائلية (الزوج(ة)، الأطفال، أصول تحت الكفالة.

(3) توقيع الوصي الموكل على الأطفال.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

القانون يعاقب كل من يقوم بتزوير أو يدلي بتصريحات غير صحيحة.