



نموذج رقم (225)

نموذج التأمين التكميلي الاختياري (حكومي - نطفي - أهلي)

بيانات صاحب العمل	
اسم صاحب العمل	
رقم التسجيل	
رقم الهاتف	
الفاكس	
البريد الإلكتروني	
العنوان	

بيانات المؤمن عليه	
تاريخ تقديم الطلب	
الرقم المدني	
الاسم	
رقم الهاتف	
البريد الإلكتروني	
العنوان	

أقدم بطلب: (يرجى اختيار المطلوب واستيفاء البيانات)

تعديل شريحة بدء الاشتراك	
تاريخ بدء الاشتراك	
شريحة بدء الاشتراك	300 200 100
الشريحة المراد التعديل إليها	
المرتب الخاضع للتأمين التكميلي الالزامي	
إيقاف الاشتراك	
تاريخ الإيقاف	
شريحة الاشتراك الاختياري	
العودة للاشتراك	
تاريخ العودة للاشتراك	
شريحة الاشتراك	
المرتب الخاضع للتأمين التكميلي الالزامي	

الاشتراك	
تاريخ بدء الاشتراك	
الشريحة المراد الاشتراك بها	300 200 100
المرتب الخاضع للتأمين التكميلي الالزامي	

تعديل شريحة الاشتراك الحالية	
الشريحة المطلوب تعديلها الحالية	
الشريحة المراد التعديل إليها (أدني / أعلى)	
المرتب الخاضع للتأمين التكميلي الالزامي	

الغاء الاشتراك	
تاريخ الغاء الاشتراك	

إقرار

أقر بصحة البيانات المدونة أعلاه وأتحمل المسؤولية القانونية في حال ثبوت خلاف ذلك وأن العنوان المدرج أعلاه هو الخاص بكافة المراسلات والإعلانات والرسائل النصية القصيرة SMS و البريد الإلكتروني من المؤسسة وأن إخطار عليه يعتبر صحيح قانوناً ما لم أخطر المؤسسة رسمياً وكتابته بتغيير هذا العنوان ورقم الهاتف النقال وغير ذلك من البيانات المتعلقة بهذا الخصوص أو عدم رغبتني بالخدمة الإلكترونية.
اسم المسئول:

توقيع المؤمن عليه :

المسمى الوظيفي:

توقيع المسئول والختم:

تاريخ التوقيع: / /

- المرفقات:

شهادة راتب حديثة

صورة من جهة الصرف - IBAN (في حالة الغاء الاشتراك)

للاستعمال الرسمي:

توقيع المختص:

التاريخ: / /