

نموذج رقم (١٠٥ مكرر) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي

صندوق العاملين بـ

منطقة:

مكتب:

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

تحديد المستفيدين من منحة الوفاة

اسم المؤمن عليه أو صاحب المعاش:

تاريخ الميلاد:

اسم المنشأة:

رقم المنشأة:

م	الرقم التأميني	اسم المستفيد	النوع	صلة القرابة
١				
٢				
٣				
٤				
٥				
٦				
٧				
٨				

أقر أنا بأنني أرغب في صرف مبلغ منحة الوفاة للمستفيدين الموضحين بعلية .

(١)

توقيع المؤمن عليه : توقيع صاحب العمل :

رقم صفحة السجل :

يعتمد ،

تاريخ التسجيل / / ٢٠

الموظف المسئول عن التسجيل

الاسم :

التوقيع :

التاريخ :

خاتم شعار الجمهورية



(١) إذا كان محرر الإستمارة صاحب معاش تعتمد من مدير المكتب أو المنطقة التأمينية المختصة وتختم بخاتم المكتب أو المنطقة .

(انظر خلفه)