

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

المدينة القومية للتأمين الاجتماعي
 صندوق العاملين بـ
 منطقة:
 مكتب:

الرقم التأميني
 رقم الملف
 الرقم القومي

تحديد المستفيدين من التعويض الإضافي

اسم المؤمن عليه أو صاحب المعاش:
 تاريخ الميلاد:
 إسم المنشأة:
 رقم المنشأة:

س	الرقم التأميني	اسم المستفيد	النوع	مدة القرابة (إن وجدت)	سوية الاستحقاق	
					بالأرقام	بالحروف
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						
٨						

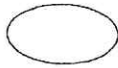
أقر أنا بانني أرغب في صرف مبلغ التعويض الإضافي للمستفيدين
 الموضحين بعالية ونسبة الإستحقاق الموضحة قرين كلاً منهم .

توقيع المؤمن عليه : توقيع صاحب العمل : (١)

تاريخ التسجيل / / ٢٠٠٧
 الموظف المسئول عن التسجيل
 الاسم :
 التوقيع :
 التاريخ :

رقم صفحة السجل :
 يعتمد ،

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)