



**استمارة طلب صرف الحقوق التأمينية رقم 202 تأمينات
مكافأة**

الرقم المدني	تاريخ تقديم الطلب	
الاسم	تاريخ انتهاء الخدمة	
اسم صاحب العمل الأخير	الحالة الاجتماعية	
عنوان المؤمن عليه		
البريد الإلكتروني	الهاتف المحمول	

- هل التحقق المؤمن عليه بعمل آخر أو يزاول نشاطاً خاضعاً للباب الخامس من قانون التأمينات الاجتماعية
- ☐ نعم ☐ لا

اسم صاحب العمل الجديد	
تاريخ بدء الاشتراك أو المزاولة	

- هل يحصل المؤمن عليه على مبلغ من الخزانة عامة بصورة دورية
- ☐ نعم ☐ لا

اسم الجهة	
مقداره	

- هل تم الحصول على مكافأة مالية من جهة العمل جهة صرف المستحقات
- ☐ نعم ☐ لا

البنك	
رقم IBAN	

إقرار

- أقر بأن الحساب المرفق المذكور أعلاه هو حسابي الشخصي وليس حساب مشترك.
- أقر بصحة البيانات المدونة أعلاه وأتحمل المسؤولية القانونية في حال ثبوت خلاف ذلك وأن العنوان المدرج أعلاه هو خاص بكافة المراسلات والإعلانات والرسائل النصية القصيرة SMS من المؤسسة وأن أي إخطار عليه يعتبر صحيح قانونياً ما لم أخطر المؤسسة رسمياً وكتابياً بتغيير هذا العنوان ورقم الهاتف النقال وغير ذلك من البيانات المتعلقة بهذا الخصوص أو عدم رغبتني بالخدمة الإلكترونية.
- أقر بعلمي بأن نهاية المهلة المحددة بضم باقي المدة السابقة في التأمين التكميلي بواقع 15 % وهي ثلاث أشهر من تاريخ انتهاء الخدمة.
- أقر بأن المعلومات الموضحة بعالية صحيحة وأنه إذا اتضح خلاف ما تقدم فيكون من حق المؤسسة اتخاذ الإجراءات التي تراها مناسبة باسترداد ما تم صرفه لي بغير استحقاق بكافة الطرق والوسائل ومن أي جهة بما في ذلك البنوك وجهات الصرف .

الاسم	
صفته	صاحب العلاقة ☐ الوكيل ☐

توقيع مقدم الطلب

.....

المستندات المطلوبة:

- بطاقة مدنية سارية المفعول.
- شهادة معتمدة من البنك موضحاً بها رقم التيان.
- صورة من الوكالة وبطاقة مدنية سارية المفعول للوكيل إذا كان مقدم الطلب الوكيل.



**إقرار الحالة الاجتماعية لصاحب مكافأة
للرجل والمرأة التي تستحق علاوة اجتماعية عن الأبناء**

	الرقم المدني
	اسم صاحب المعاش
	التاريخ
	الحالة الاجتماعية

بيانات الأولاد								
الاسم	النوع	الرقم المدني	تاريخ الميلاد	جهة العمل	تاريخ التعيين	تاريخ الطلاق	تاريخ الزواج	العلاوة الاجتماعية

إقرار

أقر أنا الموقع أدناه بأن المعلومات الموضحة أعلاه صحيحة أنه إذا اتضح خلاف ما تقدم فيكون من حق المؤسسة اتخاذ الإجراءات التي تراها مناسبة باسترداد ما تم صرفه لي بغير استحقاق بكافة الطرق والوسائل ومن أي جهة بما في ذلك البنوك وجهات الصرف في الحال أو المستقبل وهذا إقرار مني بموافقتي وعلمي بما ورد فيه ولأثار المترتبة عليه.

	الاسم
☐ صاحب العلاقة ☐ الوكيل	صفته

توقيع مقدم الطلب

.....

يرجى إرفاق صورة من الوكالة وبطاقة مدنية سارية المفعول للوكيل إذا كان مقدم الطلب الوكيل.



استمارة استقطاع من المكافأة

	اسم صاحب المعاش
	التاريخ
	الحالة الاجتماعية

نظرا لانتهاؤ خدمتي اعتباراً من تاريخ () مدين بالأقساط التالية:

دك
دك
دك
دك
دك
دك

لذا أرجو الموافقة على خصم الأقساط الموضحة أعلاه من المكافأة المستحقة لي من طرف المؤسسة وتسديده للجهة الدائنة بمعرفتكم نيابة عني.

و بموافقتي على قيام المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بسحب أية مبالغ أكون مديناً للمؤسسة في الحال أو المستقبل لأي سبب وذلك من حسابي رقم ()
لدى بنك () مع الإحاطة بأنه ليس لي الحق بالرجوع على المؤسسة بشيء بعد ذلك و أقر بموافقتي على هذا وعلمي بما ورد فيه و الآثار المترتبة عليه.

	الاسم
☐ الوكيل ☐ صاحب العلاقة	صفته

توقيع مقدم الطلب

.....

يرجى ارفاق صورة من الوكالة وبطاقة مدنية سارية المفعول للوكيل إذا كان مقدم الطلب الوكيل.