



نموذج رقم (225)

## نموذج التأمين التكميلي الاختياري (حكومي - نفطي - أهلي)

بيانات صاحب العمل		بيانات المؤمن عليه	
اسم صاحب العمل		رقم الحفظ	
رقم التسجيل		رقم الهوية	
رقم الهاتف		الرقم المدني	
الفاكس		الاسم	
البريد الإلكتروني		رقم الهاتف	
العنوان		البريد الإلكتروني	
		استقبال رسالة SMS	
		العنوان	

  

تعديل شريحة بدء الاشتراك			
تاريخ بدء الاشتراك			
300 ○	200 ○	100 ○	شريحة بدء الاشتراك
الشريحة المراد التعديل إليها			
المرتب الخاضع للتأمين التكميلي اللازم			

  

إيقاف الاشتراك			
تاريخ الإيقاف			
شريحة الاشتراك الاختياري			

  

العودة للاشتراك			
تاريخ العودة للاشتراك			
شريحة الاشتراك			
المرتب الخاضع للتأمين التكميلي اللازم			

  

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

  

الغاء الاشتراك			
تاريخ الغاء الاشتراك			

أقدم بطلب: (يرجى اختيار المطلوب واستيفاء البيانات)

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

تعديل شريحة الاشتراك الحالية	

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 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:

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: / /
توقيع المؤمن عليه:



المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية  
The Public Institution For Social Security





المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية  
The Public Institution For Social Security

