

طلب انتساب اختياري

إدارة فرع: التاريخ:

الاسم الرباعي:

رقم التأمين:

الجنسية: الجنس: ذكر أنثى

تاريخ الميلاد: نوع المعالجة:

العنوان:

الهاتف (الارضي): موبايل:

ص.ب _____ الرمز البريدي: بريد إلكتروني:

أرغب بالزيادة السنوية لا أرغب بالزيادة السنوية

لراتبي الخاضع للاقتطاع سنوياً إلا إذا وردكم مني خلاف ذلك.
علماً بأنني غير خاضع لنظامي التقاعد المدني والعسكري وأتحمل مسؤولية خلاف ذلك.
علماً بأنه سيترتب عليك فائدة تأخير قدرها (2%) شهرياً عن الاشتراكات المتأخرة وسيوقف اشتراكك في التأمين في حال تأخرك عن تسديد اشتراكاتك الشهرية مدة ستة أشهر فأكثر.

مقدم الطلب

لاستعمال المؤسسة :

السجل الوظيفي

السرطان	الراتب	تاريخ الإيقاف	عدد الأشهر	رقم المنشأة	اسم المنشأة
---------	--------	---------------	------------	-------------	-------------

بيانات الرواتب الخاضعة للضمان

السنة	الراتب	رقم المنشأة	اسم المنشأة
-------	--------	-------------	-------------

اسم الموظف المختص: التوقيع:

اسم رئيس القسم: التوقيع:

مدير إدارة فرع: