

إيقاف اقتطاع عن خضوع اختياري

رقم التأمين الثابت:

(1) اسم المشترك رباعياً

الاسم الأول: اسم الأب:

اسم الجد: اسم العائلة:

(2) تاريخ إيقاف الاقتطاع

يوم: شهر: سنة:

(3) سبب إيقاف الاقتطاع

وفاة عجز أو مرض شيخوخة خروج من الضمان

أخرى:

(4) الدولة:

(5) توقيع المشترك:

لاستعمال المؤسسة:

حرر في:

تاريخ استلام الطلب:

اسم الموظف المختص: التوقيع:

اسم مدقق الإدخال الآلي: التوقيع:

موافقة المؤسسة:

