

طلب صرف تعويض الدفعة الواحدة

عطوفة مدير عام المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي المحترم

أرجو الموافقة على صرف مستحقاتي / مستحقاتنا من المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي

اسم المؤمن عليه:

رقم التأمين:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

العنوان:

الهاتف:

نوع الوثيقة: رقم الوثيقة: تاريخ الإصدار:

سبب الصرف:

المنشآت التي عمل بها المؤمن عليه مشمولاً بأحكام القانون:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>

هل يوجد للمؤمن عليه رقم تأمين آخر
اذكر رقم التأمين في حال كانت الاجابة (نعم)
هل سبق وإن تقاضيت راتب تقاعدي
هل سبق وإن صرف لك تعويض دفعة واحدة
هل سبق وإن قمت بضم مدد الخدمة سابقاً

أوافق على البيانات المقدمة في الطلب وعليه أوقع

اسم مقدم الطلب / وكيله: التوقيع:

نوع الوثيقة (ان وجد): رقم الوثيقة: تاريخ الإصدار:

اسم وتوقيع الموظف المستلم: التاريخ:

لاستعمال المؤسسة:

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>

هل يوجد رقم تأمين آخر
اذكر رقم التأمين في حال كانت الاجابة (نعم)
هل الملف منظم
هل يوجد قيد إصابي للمؤمن عليه
هل تقاضى راتب تقاعدي/تعويض دفعة واحدة
هل قام بضم مدد الخدمة سابقاً

اسم الموظف المختص: التوقيع:

اسم مدقق الإدخال الآلي: التوقيع: