

## نموذج (1) نموذج بحث حالة الورثة

	تاريخ الوفاة		الرقم المدني الخاص بالمتوفي
	جنسية المرحوم		اسم المتوفي / المتوفية

- أقر انا الموقع أدناه أن البيانات المستوفاه بمعرفتي فيها بعد تتطابق تماماً مع حالة المستحقين في معاش المتوفي/ المتوفيه.

وأتعهد بإخطار المؤسسة في حالة حدوث أي تغيير فيها على النحو التالي:

- 1- زواج - طلاق - ترميل - عمل الإناث.
- 2- وفاة أحد المستحقين.
- 3- الحالة الوظيفية - الدراسية - الصحية للذكور عند بلوغ سن 26 و 27 و 28 عاماً أو الالتحاق بالعمل أيهما أسبق.
- 4- أي حالات أخرى ترى المؤسسة لاحقاً ضرورة كتابة إقرار بها مع ارفاق المستندات لصحة البيانات.
- 5- تعهد لحالات غير الكويتيين بتحديث البيانات في نهاية كل سنة ميلادية. (في حالة المقيمين خارج البلاد نوافي بالمستندات المطلوبة من الجهات الرسمية من محل اقامتهم موثقة ومصدقة من الجهات المختصة في تلك البلاد)

- الرجاء تعبئة بيانات الورثة في جدول الاختصاص في الصفحة التالية:  
هل يعتمد الأب أو الأخوة والأخوات على معاش المرحوم؟

.....

هل يوجد أبناء متوفين قبل وفاة المرحوم ولم يتم ذكرهم في حصر الورثة؟

.....

	استقبال رسالة SMS
--	----------------------

	هاتف مقدم الطلب
	البريد الإلكتروني
	العنوان

### إقرار

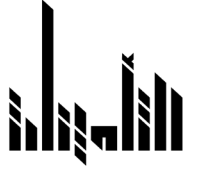
- أقر بصحة البيانات المدونة في نموذج (1) و (2) وأتحمّل المسؤولية القانونية في حال ثبوت خلاف ذلك وأن العنوان المدرج أعلاه هو خاص بكافة المراسلات والإعلانات والرسائل النصية القصيرة SMS من المؤسسة وأن أي إخطار عليه يعتبر صحيح قانونياً ما لم أخطر المؤسسة رسمياً و كتابياً بتغيير هذا العنوان ورقم الهاتف النقال وغير ذلك من البيانات المتعلقة بهذا الخصوص أو عدم رغبتني بالخدمة الإلكترونية.
- كما أقر لتحملّي المسؤولية القانونية الواردة بالمادة (120) من قانون التأمينات الاجتماعية رقم (76/61) والقوانين اللاحقة المعدلة له والتي تعاقب بالحبس الغرامة في حالة الإدلاء ببيانات غير صحيحة.

	اسم مقدم الطلب
	الرقم المدني
	صفته

توقيع مقدم الطلب:

.....





نموذج (2)

تابع: نموذج بحث حالة الورثة في تاريخ الوفاة

...../...../.....

الصلة	الاسم	الرقم المدني	الحالة الوظيفية	الحالة الاجتماعية	الحالة الدراسية	الحالة الصحية	يتقاضى معاشاً
الأب							
الأم							
الزوج							
الأرملة							
الأرملة							
الأرملة							
الأرملة							

الأبناء / الأخوة / الأخوات							
الصلة	الاسم	الرقم المدني	الحالة الوظيفية	الحالة الاجتماعية	الحالة الدراسية	الحالة الصحية	يتقاضى معاشاً

	اسم مقدم الطلب
	الرقم المدني
	صفته

توقيع مقدم الطلب:

.....