



استمارة طلب صرف الحقوق التأمينية رقم 202 تأمينات
مكافأة

الرقم المدني	تاريخ تقديم الطلب	
الاسم	تاريخ انتهاء الخدمة	
اسم صاحب العمل الأخير	الحالة الاجتماعية	
عنوان المؤمن عليه		
البريد الإلكتروني	الهاتف المحمول	

هل التحقق المؤمن عليه بعمل آخر أو يزاول نشاطاً خاضعاً للباب الخامس من قانون التأمينات الاجتماعية نعم لا

اسم صاحب العمل الجديد	تاريخ بدء الاشتراك أو المزاولة	
-----------------------	--------------------------------	--

هل يحصل المؤمن عليه على مبلغ من الخزانة العامة بصورة دورية نعم لا

اسم الجهة	مقداره	
-----------	--------	--

هل تم الحصول على مكافأة مالية من جهة العمل نعم لا

جهة صرف المستحقات

البنك	
رقم IBAN	

إقرار

- أقر بأن الحساب المرفق المذكور أعلاه هو حسابي الشخصي وليس حساب مشترك.
- أقر بصحة البيانات المدونة أعلاه وأتحمل المسؤولية القانونية في حال ثبوت خلاف ذلك وأن العنوان المدرج أعلاه هو خاص بكافة المراسلات والإعلانات والرسائل النصية القصيرة SMS والبريد الإلكتروني من المؤسسة وأن أي إخطار عليه يعتبر صحيحاً قانونياً ما لم أخطر المؤسسة رسمياً وكتابياً بتغيير هذا العنوان ورقم الهاتف المحمول والبريد الإلكتروني وغير ذلك من البيانات المتعلقة بهذا الخصوص أو عدم رغبتني بالخدمة الإلكترونية.
- أقر بعلمي بأن نهاية المهلة المحددة بضم باقي المدة السابقة في التأمين التكميلي بواقع 15% وهي ثلاث أشهر من تاريخ انتهاء الخدمة.
- أقر بأن المعلومات الموضحة بعاليه صحيحة وأنه إذا اتضح خلاف ما تقدم فيكون من حق المؤسسة اتخاذ الإجراءات القانونية التي تراها مناسبة باسترداد ما تم صرفه لي بغير استحقاق بكافة الطرق والوسائل ومن أي جهة بما في ذلك البنوك وجهات الصرف.

الاسم	
صفته	<input type="checkbox"/> صاحب العلاقة <input type="checkbox"/> الوكيل

توقيع مقدم الطلب

.....

المستندات المطلوبة:

- بطاقة مدنية سارية المفعول.
- شهادة معتمدة من البنك موضحاً بها رقم الآيبان.
- صورة من الوكالة وبطاقة مدنية سارية المفعول للوكيل إذا كان مقدم الطلب الوكيل.



**إقرار الحالة الاجتماعية لصاحب مكافأة
للرجل والمرأة التي تستحق علاوة اجتماعية عن الأبناء**

	الرقم المدني
	اسم صاحب المعاش
	التاريخ
	الحالة الاجتماعية

بيانات الأولاد								
الاسم	النوع	الرقم المدني	تاريخ الميلاد	جهة العمل	تاريخ التعيين	تاريخ الطلاق	تاريخ الزواج	العلاوة الاجتماعية

إقرار

أقر أنا الموقع أدناه بأن المعلومات الموضحة أعلاه صحيحة أنه إذا اتضح خلاف ما تقدم فيكون من حق المؤسسة اتخاذ الإجراءات التي تراها مناسبة باسترداد ما تم صرفه لي بغير استحقاق بكافة الطرق والوسائل ومن أي جهة بما في ذلك البنوك وجهات الصرف في الحال أو المستقبل وهذا إقرار مني بموافقتي وعلمي بما ورد فيه ولأثار المترتبة عليه.

	الاسم
<input type="checkbox"/> صاحب العلاقة <input type="checkbox"/> الوكيل	صفته

توقيع مقدم الطلب

.....

يرجى ارفاق صورة من الوكالة و بطاقة مدنية سارية المفعول للوكيل إذا كان مقدم الطلب الوكيل.



استمارة استقطاع من المكافأه

	اسم صاحب المعاش
	التاريخ
	الحالة الاجتماعية

نظرا لانتهاؤ خدمتي اعتباراً من تاريخ () مدين بالأقساط التالية:

دك
دك
دك
دك
دك
دك

لذا أرجو الموافقة على خصم الأقساط الموضحة أعلاه من المكافأة المستحقة لي من طرف المؤسسة وتسديده للجهة الدائنة بمعرفتكم نيابة عني.
و بموافقتي على قيام المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بسحب أية مبالغ أكون مديناً للمؤسسة في الحال أو المستقبل لأي سبب وذلك من حسابي رقم ()
لدى بنك () مع الإحاطة بأنه ليس لي الحق بالرجوع على المؤسسة بشيء بعد ذلك و أقر بموافقتي على هذا وعلمي بما ورد فيه و الآثار المترتبة عليه.

	الاسم
<input type="checkbox"/> صاحب العلاقة <input type="checkbox"/> الوكيل	صفته

توقيع مقدم الطلب

.....

يرجى ارفاق صورة من الوكالة و بطاقة مدنية سارية المفعول للوكيل إذا كان مقدم الطلب الوكيل.