



طلب صرف مستحقات متوفى

لاستخدام الهيئة

رقم الطلب	التاريخ: / / م	الفرع
-----------	----------------	-------

بيانات المتوفى

يرجى إرفاق صورة من شهادة الوفاة

الاسم	رقم التأمين
آخر منشأة عمل بها	تاريخ الوفاة
سبب الوفاة	

بيانات الورثة

يرجى إرفاق صورة من وثائق إثبات الهوية أو شهادات الميلاد

أولاً : الأبناء والبنات (من هم على قيد الحياة عند وفاة المؤمن عليه / المذكور أعلاه)

م	الاسم الثلاثي والقبيلة	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية للبنات وقت الوفاة (١)				مرحلة التعليم المقيد بها الأبناء (٢) وقت الوفاة (٢)	ضع (✓) أمام اسم الابن العاجز عن الكسب (٣)
			عزباء	متزوجة	مطلقة	مترملة		
١								
٢								
٣								
٤								
٥								
٦								
٧								
٨								
٩								
١٠								
١١								
١٢								
١٣								
١٤								
١٥								
١٦								
١٧								
١٨								
١٩								
٢٠								

ملاحظات:

- (١) يرجى إخطار الهيئة عن أي تغيير يطرأ على الحالة الاجتماعية للبنات بعد تاريخ الوفاة. ضع علامة (✓) تحت المعلومه الصحيحة
- (٢) اذا تجاوز أحد الأبناء أو الأخوة سن الثانية والعشرين وما زال في إحدى مراحل التعليم يرجى إثبات ذلك شريطة ألا يكون قد تجاوز السادسة والعشرين.
- (٣) في حال كان أحد الأبناء أو الأخوة أو الزوج عاجز عن الكسب يجب إرفاق تقرير طبي حديث يفيد ذلك.

ثانياً : الأرملة أو الأرملة أو الأرملة إن كان عاجزاً عن الكسب فقط (من هم على قيد الحياة عند وفاة المؤمن عليه)

م	الاسم الثلاثي والقبيلة	تاريخ الميلاد	هل يوجد حمل مستكن لدى الأرملة	اسم الجهة التي يتقاضى منها معاش تقاعدي (إن وجد)
١				
٢				
٣				
٤				

ثالثاً : الأب والأم والأخوة والأخوات (من هم على قيد الحياة عند وفاة المؤمن عليه)

م	الاسم الثلاثي والقبيلة	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	مرحلة التعليم المقيد بها الأخت وقت الوفاة (١)	الحالة الاجتماعية للأخوات وقت الوفاة (٢)				جهة العمل	ضع (✓) أمام اسم الأخ العاجز عن الكسب (٣)
					عزباء	متزوجة	مطلقة	مترملة		
١										
٢										
٣										
٤										
٥										
٦										
٧										
٨										
٩										
١٠										
١١										
١٢										

بيانات الوارثة

المنطقة	الولاية	البلدة (القرية)
رقم هاتف المنزل	ص.ب	الرمز البريدي
اسم شيخ المنطقة	أخرى	
اسم أحد المعرفين		
عنوانه	رقم الهاتف	

ملاحظات:

- (١) انظر الملاحظة الثانية الواردة في الصفحة الأولى.
- (٢) يرجى إخطار الهيئة عن أي تغيير يطرأ على الحالة الاجتماعية للأخوات بعد تاريخ الوفاة. ضع علامة (✓) تحت المعلومة الصحيحة.
- (٣) انظر الملاحظة الثالثة الواردة في الصفحة الأولى.

إفادة عن ظروف وقوع الوفاة

.....
.....
.....
.....
.....

بيانات وإقرار مقدم الطلب

يرجى إرفاق صورة من وثيقة إثبات الهوية

الإسم	
الصفة	<input type="checkbox"/> وكيل شرعي (يرجى إرفاق نسخة طبق الأصل من سند الوكالة الشرعية) <input type="checkbox"/> أخرى (بين نوع العلاقة)

العنوان الحالي :

المنطقة	الولاية	البلدة (القرية)
رقم هاتف المنزل	ص.ب	الرمز
أخرى		
رقم وثيقة إثبات الهوية	نوعها	<input type="checkbox"/> بطاقة شخصية <input type="checkbox"/> جواز سفر
جهة العمل		
الهاتف	١	٢
		٣

أقر أنا مقدم الطلب الموضحة بياناتي أعلاه بالتالي :

(١) أن المؤمن عليه المتوفى : (يلزم وضع علامة (✓) أمام المعلومات الصحيحة فقط)

<input type="checkbox"/> أ -	كان يتقاضى معاشاً تقاعدياً من إحدى الجهات الحكومية. (يرجى إرفاق ما يفيد ذلك)
<input type="checkbox"/> ب -	كان يعمل لدى جهة حكومية ولم يتقاضى أي معاش تقاعدي
<input type="checkbox"/> ج -	لم يكن يعمل لدى أية جهة حكومية
<input type="checkbox"/> د -	كان يتقاضى معاشاً تقاعدياً من الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية

(٢) صحة جميع البيانات المدونة في هذا الطلب

(٣) أتحمّل كافة المسؤولية القانونية إن ثبت ما يخالف ذلك.

التوقيع :

الإعتمادات

تسترعي الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية عناية الموقعين أدناه التأكد من صحة البيانات المدونة في هذا الطلب قبل اعتمادها

أولاً : اعتماد الشيخ أو الرشيد المسؤول بصحة البيانات التي أدلى بها مقدم الطلب :

الإسم		التوقيع
التاريخ	م / /	

ثانياً : اعتماد سعادة الوالي :

الإسم		التوقيع
التاريخ	م / /	

الختم

