

اقرار باشعار اللجنة الطبية

أنا الموقع ادناه / الرقم الشخصي،

أقر بأنني اطلعت على قرار اللجنة الطبية العامة الاستثنائية، رقم

المؤرخة/...../.....

اصابة عمل تاريخها/...../..... عجز طبيعي الدفعة الواحدة

أوافق على هذا القرار لا أوافق على هذا القرار

توقيع المؤمن عليه :

رقم الموبايل :

تاريخ تقديم الطلب :

تم اطلاع المؤمن عليه على ما جاء في قرار اللجنة الطبية الاعتيادية / الاستثنائية، المشار إليه اعلاه، و تم توقيع المؤمن عليه أمامي على هذا القرار بما يفيد ذلك و طلب صرف التعويض المستحق له عن هذه النسبة.

ختم الموظف المختص و توقيعه

ملاحظة:

يرجى تحويل المبلغ على البنك : رقم الحساب:

اقرار بالعدول عن عدم الموافقة على نسبة العجز الاصابي

أقر انا الموقع ادناه بالعدول عن عدم الموافقة وأوافق على نسبة العجز المقدرة من قبل اللجنة

الطبية العامة الاستثنائية

توقيع المؤمن عليه :

التاريخ:/...../.....

SIO_CS_REC_FRM_009