

استمارة طلب خدمة - مراكز الاستقبال  
Service Request Form – Front Office



رقم المعاملة :

<input type="checkbox"/> المؤمن عليه Insured	<input type="checkbox"/> صاحب العمل / المخول Owner/ Authorized	اسم المنشأة/ المؤمن عليه Establishment / Insured Name
C.P.R. NO.	الرقم الشخصي	رقم المنشأة Establishment NO
		R 0
TEL NO	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني E-MAIL
خدمات / Services		
ترجيع تأمين اختياري Return Optional Insurance <input type="checkbox"/>	استرجاع مبلغ فائض Balance redemption <input type="checkbox"/>	تأمين فترة سابقة Insuring previous period <input type="checkbox"/>
تفاصيل فواتورة Invoice Details <input type="checkbox"/>	تحويل مبلغ فائض Balance Transfer <input type="checkbox"/>	إعادة فتح الموقع الإلكتروني Reactivate website <input type="checkbox"/>
تقسيم الفاتورة Invoice installments <input type="checkbox"/>	استرجاع شيكات Cheques redemption <input type="checkbox"/>	فتح تصفية/ تصفية منشأة Activate dissolved/ dissolution establishment <input type="checkbox"/>
تفعيل خدمة إلكترونية (الرجاء توقيع الأقرار خلف الإستمارة) Activating EService (please sign declaration overleaf) <input type="checkbox"/>	استبدال شيكات Cheques replacement <input type="checkbox"/>	إلغاء مخولين Canceling Authorized <input type="checkbox"/>
التعديلات / Amendments		
تاريخ استلام النموذج Form Receiving Date <input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد Date of Birth <input type="checkbox"/>	رمز الاستبعاد Termination Code <input type="checkbox"/>
رقم المنشأة Establishment/CR No <input type="checkbox"/>	المؤهل Qualification <input type="checkbox"/>	إلغاء الاستبعاد Canceling Termination <input type="checkbox"/>
نوع الجنس Sex <input type="checkbox"/>	الجنسية Nationality <input type="checkbox"/>	تاريخ الاستبعاد Termination Date <input type="checkbox"/>
شطب سجل Record Deletion <input type="checkbox"/>	الأجر Salary <input type="checkbox"/>	تاريخ الإضافة Registration Date <input type="checkbox"/>
اسم المؤمن عليه Insured Name <input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية Marital Status <input type="checkbox"/>	الرقم الشخصي CPR <input type="checkbox"/>
المهنة Occupation <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف/ العنوان Contact No/Address <input type="checkbox"/>	البريد الإلكتروني E Mail <input type="checkbox"/>
أخرى Others <input type="checkbox"/>		
البيان المطلوب / Required Data		البيان الحالي / Current Data
شكوى عمالية / Labor Claim		
أخرى Other <input type="checkbox"/>	عدم التأمين Non-Insurance <input type="checkbox"/>	عدم الاستبعاد من التأمين Non-terminated from Insurance <input type="checkbox"/>
Notes : ..... ..... .....		
التاريخ Date	توقيع مقدم الطلب Applicant Signature	اسم مقدم الطلب Applicant Name

FOR SIO USE ONLY		
٣	٢	١ مراكز الاستقبال
SIO_CS_REC_FRM_004	عام	استمارة طلب خدمة: صاحب عمل/ المؤمن عليه - إصدار رقم؟