

استمارة تسجيل REGISTRATION FORM

الهيئة العامة
للتأمين الاجتماعي
SOCIAL INSURANCE
ORGANIZATION



Form No. (2)

نموذج رقم (٢)

C.P.R. NO.								الرقم الشخصي							
TYPE OF TRANSACTION															
<input type="checkbox"/> إستبعاد TERMINATION				<input type="checkbox"/> سبق تسجيله PREVIOUSLY INSURED				<input type="checkbox"/> جديد NEW							
نوع التأمين															

CONTINUANCE INSURANCE				مواصلة التأمين				COMPULSORY				تأمين إلزامي			
PROFESSIONAL				صاحب مهنة حرة				SELF-EMPLOYED				مشتغل لحسابه الخاص			
WORKING ABROAD COUNTRY NAME: _____				العاملون بالخارج اسم الدولة: _____				EMPLOYER				صاحب العمل			

PERSONAL DETAILS																البيانات الشخصية															
FAMILY NAME اسم العائلة								GRAND FATHER'S NAME اسم الجد								FATHER'S NAME اسم الأب								FIRST NAME الاسم الأول							
RELATIONSHIP WITH THE EMPLOYER																صلة القرابة بصاحب العمل															
PASSPORT NO. رقم الجواز				SEX الجنس		الحالة الاجتماعية MARITAL STATUS		DATE OF BIRTH تاريخ الميلاد				NATIONALITY الجنسية																			
				<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى																											
AREA المنطقة				BLOCK مجمع				ROAD طريق				BLDG/VILLA فيلا/ مبنى				FLAT شقة				العنوان ADDRESS											
LAST QUALIFICATION آخر المؤهلات								DATE OF COVERAGE تاريخ الخضوع للتأمين								JOINING DATE تاريخ الإلتحاق بالعمل															

JOB DETAILS																بيانات العمل															
رقم المنشأة ESTABLISHMENT NO.								رقم الفرع BRANCH NO.								اسم المنشأة لاستعمال التأمين الإلزامي فقط FOR COMPULSORY ONLY															
الأجر SALARY																المهنة JOB TITLE															

TERMINATION DETAILS																بيانات نهاية الخدمة															
تاريخ آخر يوم عمل LAST DATE OF WORKING								سبب إنتهاء الخدمة REASON FOR TERMINATION																							

DECLARATION																إقرار															
THE ESTABLISHMENT AND WORKER HEREBY DECLARE THAT THE ABOVE-MENTIONED DATA IS CORRECT.																تقر المنشأة والعامل بأن البيانات أعلاه صحيحة وعلى مسؤوليتهم.															
توقيع العامل WORKER'S SIGNATURE								التاريخ DATE								توقيع وختم صاحب العمل EMPLOYER'S SIGNATURE AND STAMP															

FOR OFFICIAL USE																للاستعمال الرسمي															
TYPE OF CORRECTION :																نوع التصحيح :															
																- 1															
																- 2															
																- 3															
																- 4															

GOSI'S STAMP																ختم الهيئة العامة للتأمين الاجتماعي															