نموذج طلب التحويل للجنة الطبية
العجز الطبيعي

اسم صاحب الطلب :	الرقم الشخصي	
جهة العمل :	هاتف :	نقال:
البريد الالكتروني :		

بيانات الطلب

تاريخ الطلب		تاريخ الاستبعاد (إن وجد)	
نوع الطلب	☐ طلب معاش العجز الطبيعي	☐ طلب صرف تعويض الدفعة الواحدة	
شرح مبسط عن المرض:			

صفة صاحب الطلب

☐ موظف ☐ متقاعد ☐ منتهي الخدمة

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب :	الرقم الشخصي		
الصفة الوظيفية أو صلة القرابه :	هاتف		نقال
توقيع صاحب الطلب :	توقيع مقدم الطلب :		

للاستخدام الرسمي

لاستخدام الهيئة العامة للتأمين الاجتماعي	لاستخدام جهة العمل
الموظف المختص :	الموظف المختص :
تاريخ استلام الطلب :	تاريخ اعتماد الطلب :
التوقيع والختم :	التوقيع والختم

المرفقات :

1 تقارير طبية حديثة

2 نسخة من الجواز والبطاقة الذكية