

نموذج طلب التحويل للجنة الطبية العجز الطبي

الرقم الشخصي	اسم صاحب الطلب	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
الهاتف	جهة العمل	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
رقم النقال	البريد الالكتروني	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
بيانات الطلب		
تاريخ الطلب	تاريخ الاستبعاد (إن وجد)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
نوع الطلب		
<input type="checkbox"/> طلب معاش العجز الطبي	<input type="checkbox"/> طلب صرف تعويض الدفعة الواحدة	
شرح مبسط عن المرض		
<input type="text"/>		
صفة صاحب الطلب		
<input type="checkbox"/> موظف	<input type="checkbox"/> متقاعد	<input type="checkbox"/> منتهي الخدمة
بيانات مقدم الطلب		
اسم مقدم الطلب	الرقم الشخصي	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
الصفة الوظيفية أو صلة القرابة	الهاتف	النقال
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
توقيع صاحب الطلب	توقيع مقدم الطلب	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
للاستخدام الرسمي		
للاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية		
الموظف المختص	تاريخ استلام الطلب	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
التوقيع والختم		
<input type="text"/>		
للاستخدام جهة العمل		
الموظف المختص	تاريخ اعتماد الطلب	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
التوقيع والختم		
<input type="text"/>		

المرفقات:

1. تقارير طبية حديثة.
2. نسخة من الجواز والبطاقة الذكية.