

الطبية	للجنة	التحويل	ج طلب ز الطبي	-

إدارة المستحقات التأمينية

Pension Benefits Department

SIO_PB_FRM_06

الرقم الشخصي	اسم صاحب الطلب
الهاتف	جهة العمل
رقم النقال	البريد الالكتروني
	بيانات الطلب
تاريخ الاستبعاد (إن وجد	تاريخ الطلب
	نوع الطلب
طلب صرف تعويض الدفعة الواحدة	طلب معاش العجز الطبيعي
	<u> </u>
	صفة صاحب الطلب
متقاعد منتهي الخدمة	موظف
	بيانات مقدم الطلب
الرقم الشخصي	بيانات مقدم الطلب اسم مقدم الطلب
الرقم الشخصي	بيانات مقدم الطلب اسم مقدم الطلب
الرقم الشخصي البقم الشخصي الهاتف النقال	اسم مقدم الطلب
الهاتف النقال الهاتف النقال	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة
	اسم مقدم الطلب
الهاتف النقال الهاتف النقال	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب للاستخدام الرسمي	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب لاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب للاستخدام الرسمي	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب لاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب للاستخدام الرسمي	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب لاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية الموظف المختص
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب للاستخدام الرسمي	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب لاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية الموظف المختص
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب للاستخدام الرسمي	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب لاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية الموظف المختص التوقيع والختم
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب للاستخدام الرسمي تاريخ استلام الطلب	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب لاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية الموظف المختص التوقيع والختم لاستخدام جهة العمل
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب للاستخدام الرسمي تاريخ استلام الطلب	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب لاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية الموظف المختص التوقيع والختم لاستخدام جهة العمل
الهاتف النقال الهاتف النقال توقيع مقدم الطلب للاستخدام الرسمي تاريخ استلام الطلب	اسم مقدم الطلب الصفة الوظيفية أو صلة القرابة توقيع صاحب الطلب لاستخدام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية الموظف المختص التوقيع والختم لاستخدام جهة العمل الموظف المختص

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