

استمارة تسجيل التأمين الاختياري
OPTIONAL INSURANCE REGISTRATION FORM

الهيئة العامة
للتأمين الاجتماعي
SOCIAL INSURANCE
ORGANIZATION



TYPE OF TRANSACTION		نوع الإجراء
<input type="checkbox"/> استبعاد / TERMINATION <input type="checkbox"/> إضافة / ADDITION		

C.P.R. No.	الرقم الشخصي	TYPE OF INSURANCE		نوع التأمين
		2005/31 <input type="checkbox"/>	2014/39 <input type="checkbox"/>	1994/1 <input type="checkbox"/>
		العاملون بالخارج	صاحب عمل، مهنة حرة، لحسابه الخاص	مواصلة

PERSONAL DETAILS البيانات الشخصية

FAMILY NAME	اسم العائلة	GRAND FATHER'S NAME	اسم الجد	FATHER'S NAME	اسم الاب	FIRST NAME	الاسم الأول

SEX	الجنس	MARITAL STATUS	الحالة الاجتماعية	DATE OF BIRTH	تاريخ الميلاد	NATIONALITY	الجنسية
<input type="checkbox"/> ذكر / MALE	<input type="checkbox"/> أنثى / FEMALE						

QUALIFICATION	آخر مؤهل	EXPIRY DATE	تاريخ الإنتهاء	ISSUE DATE	تاريخ الإصدار	PASSPORT NO	رقم الجواز

AREA	المنطقة	BLOCK	مجمع	ROAD	طريق	BLDG/VILLA	فيلا / مبنى	FLAT	شقة	العنوان ADDRESS

EMAIL	البريد الإلكتروني	CONTACTS NO	أرقام الأتصال	RELATIONSHIP WITH THE EMPLOYER	صلة القرابة لصاحب العمل

JOB DETAILS بيانات العمل

رقم جهة العمل ESTABLISHMENT NO.	رقم الفرع BRANCH NO	ESTABLISHMENT NAME	اسم المنشأة

فئة الدخل الشهري الافتراضي CATEGORY OF DEFAULT MONTHLY INCOME	المهنة POSITION	تاريخ الالتحاق بالعمل JOINING DATE

TERMINATION DETAILS بيانات نهاية الخدمة

تاريخ آخر يوم عمل LAST DATE OF WORKING	سبب انتهاء الخدمة REASON FOR TERMINATION

DECLARATION إقرار

I have read the following Ministerial Resolution No. : لقد اطلعت على القرار الوزاري ادناه :

2005 / 31 2014 / 39 1994 / 1

والمضمن "اعتبار التأمين لاغياً من تلقاء نفسه دون عذر كتابي، وذلك في حالة التوقف عن سداد الاشتراكات لمدة تزيد عن 12 شهر بالنسبة للقرار 2014/39، و6 اشهر للقرار 1/1994 أو 31/2005"

WHICH INCLUDES THAT "THE INSURANCE IS CONSIDERED AUTOMATICALLY VOID, WITHOUT THE NEED FOR WRITTEN NOTIFICATION, IN THE CASE THAT CONTRIBUTIONS ARE NOT PAID FOR 12 MONTHS AS FOR RESOLUTION NO 39/2014, AND 6 MONTHS AS FOR RESOLUTION NO 1/1994 OR 31/2005"

أتمهد بأن جميع المعلومات السابقة صحيحة وعلى مسؤوليتي، كما ألتزم بإبلاغ الهيئة العامة للتأمين الاجتماعي عن أي تغيير يحدث عليها في المستقبل

I certify that all the above information is correct at my own responsibility, and I commit to notifying SIO of any changes as they occur in the future.

توقيع مقدم الطلب..... التاريخ.....

FOR OFFICE USE ONLY للاستعمال الرسمي

Type of Correction:	نوع التصحيح:
3	1
4	2

SOCIAL INSURANCE ORGANIZATION STAMP ختم الهيئة العامة للتأمين الاجتماعي

SIO_CS_REC_FRM_026	سري	اصدار رقم 2
--------------------	-----	-------------