

منطقة :

مكتب :

وحدة :

إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه

رقم المنشأة :

مسمى :

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني :

الرقم القومي :

الإسم :

تاريخ إنتهاء الإشتراك :

سبب انتهاء الإشتراك :

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم :

شارع / حارة :

شياخة / قرية :

قسم / مركز :

محافظة :

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

أقر أن البيانات بعالية صحيحة وأن المؤمن عليه تسلم صورة من هذا الإخطار .

توقيع المؤمن عليه :

توقيع المدير المسئول :

٢٠ / /

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي /

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعالية صحيحة وأنتى أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موصى عليه بعلم الوصول

برقم :

بتاريخ :

خاتم الجهة

توقيع المدير المسئول :

البيان	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل آلى	مراجع آلى
الإسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة : يلزم التأكد من توقيع كل من العامل وصاحب العمل على الإقرار الموضح خلف الاستمارة .

(أنظر خلفه)