إخطار تحديد المستفيدين
من التعويض الإضافى ومنحة الوفاة
نموذج رقم (١٠٥)

منطقة

اسم المؤمن عليه / صاحب المعاش

تاريخ الميلاد الرقم التأميني :

كود الجهة : ----------

م	اسم المستفيد	الرقم التأميني	النوع		درجة القرابة		نسبة الاستحقاق	
			ذكر	أنثي	مسمي	كود	بالأرقام	بالحروف

أقرانا / بأننى أرغب فى صرف مبلغ التعويض الإضافي للمستفيدين الموضحين بعاليه

وبنسب الاستحقاق الموضحة قرين كل منهم .

ومبلغ منحة الوفاة إلى :

	وصلته
	وصلته
	وصلته
	وصلته
	وصلته
	وصلته

توقيع المؤمن عليه أو صاحب المعاش ::

اعتماد التوقيع ::

التاريخ / /

تاريخ التسجيل

خاتم شعار الجمهورية ::

أخصائي التسجيل ::

يعتمد ::

مدير عام شئون العاملين /مدير عام المنطقة ::