



طلب تعديل بيانات تغطية المؤمن عليه

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: صفة مقدم الطلب:

رقم تأميني: رقم التليفون:

الرقم القومي:

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: الاسم:

رقم المنشأة: اسم المنشأة:

الرقم القومي: نوع القطاع:

البيانات المراد تعديلها

البيان	التعديل	قبل التعديل	بعد التعديل	تاريخ التعديل
تغيير نوع المدة				
تغيير مستوى المهارة				
تعديل درجة رخصة				
تعديل مهنة				
تعديل تاريخ بداية الاشتراك				
تعديل تاريخ نهاية الاشتراك				
انتقال من فرع لآخر بالمنشأة				
تعديل سبب الانهاء				

اقر ان البيانات المعدلة تمت وفقا لاحكام القانون وبما يتفق مع التعديل الذى طرا على موقف المؤمن عليه.

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول / المؤمن عليه

تحريراً في ٢٠ / /

الاسم:

التوقيع: