

نموذج رقم (١٠٥)

مكتب :

منطقة :

إخطار تحديد المستفيدين من التعويض الأضافى ومنحه الوفاء

اسم المؤمن عليه :

تاريخ ميلاد المؤمن عليه : رقم التأمين :

اسم صاحب العمل : -

اسم المستفيد	النوع	درجة القرابة أن وجد	نسبه الاستحقاق	
			بالأرقام	بالحروف

أقر أنا بأننى أرغب فى صرف مبلغ التعويض للمستفيدين
الموضحين بعالية وبنسب الاستحقاق الموضحة قرين كل منهم ومبلغ قسمة الوفاء
الى وصفته

المؤمن عليه صاحب العمل

تاريخ التسجيل / / ورقم صفحة السجل
أخصائى المؤمن عليهم

يعتمد

ختم شعار الدولة