



النموذج الموحد لنظام مد الحماية التأمينية  
لمواطني دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية  
التحاق  انتهاء خدمة

بيانات المؤمن عليه		
أُنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>		اسم المؤمن عليه (رباعي)
	دولة موطن المؤمن عليه	عنوان المؤمن عليه (المعتمد)
	المهنة	رقم الهوية الشخصية
	رقم المؤمن عليه في دولة مقر العمل	تاريخ الميلاد
	رقم الهاتف (المحمول)	البريد الإلكتروني
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل يتقاضى المؤمن عليه معاش تقاعدي من موطنه	الحالة الاجتماعية
	التخصص	المؤهل الدراسي

بيانات صاحب العمل			
خاص <input type="checkbox"/> عسكري <input type="checkbox"/> حكومي مدني <input type="checkbox"/>			أسم صاحب العمل
	رقم التسجيل في الدولة مقر العمل		الدولة مقر صاحب العمل
	الرمز البريدي	صندوق البريد :	المدينة
	البريد الإلكتروني	الفاكس :	رقم الهاتف

بيانات الاشتراك			
	تاريخ بدء الاشتراك		تاريخ الالتحاق بالعمل
	العلاوة الاجتماعية		الراتب الأساسي
	بـدل الأولاد		علاوة غلاء المعيشة
	علاوة السكن		العلاوات والبدلات الأخرى
			الراتب الإجمالي

بيانات انتهاء الخدمة				
	الراتب الخاضع للاشتراك عند انتهاء الخدمة		سبب انتهاء الخدمة	تاريخ انتهاء الخدمة

إقرار	
للاستعمال الرسمي في دولة موطن المؤمن عليه	اعتماد الجهاز في الدولة مقر العمل
رقم تسجيل صاحب العمل :	أقر بأن البيانات المدونة في هذا النموذج صحيحة وكاملة
رقم تسجيل المؤمن عليه :	أسم المسئول بجهة العمل:
توقيع مختص التسجيل :	توقيع المسئول والختم:
تاريخ التوقيع : / /	تاريخ التوقيع : / /
	توقيع المؤمن عليه :