

نموذج الحاقى لعمليات التعويضات

اسم المشترك: رقم الاشتراك:

(يتم تعبئته في حال تجاوز عدد أفراد العائلة خمسة
أو في حال وجود أكثر من حساب لأفراد العائلة)

بيانات أفراد العائلة

م	اسماء أفراد العائلة	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الحالة الاجتماعية	المهنة	تاريخ تعديل الحالة / المهنة	التوقيع/البصمة
---	---------------------	---------------	-------------	-------------------	--------	-----------------------------	----------------

المفوض بالاستلام: صفته: رقم الوكالة: تاريخ الوكالة: هوية الوكيل:
العنوان البريدي: ص.ب: جدة: جوال: هاتف:
الحساب البنكي (الآيبان): S A

م	اسماء أفراد العائلة	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الحالة الاجتماعية	المهنة	تاريخ تعديل الحالة / المهنة	التوقيع/البصمة
---	---------------------	---------------	-------------	-------------------	--------	-----------------------------	----------------

المفوض بالاستلام: صفته: رقم الوكالة: تاريخ الوكالة: هوية الوكيل:
العنوان البريدي: ص.ب: جدة: جوال: هاتف:
الحساب البنكي (الآيبان): S A

م	اسماء أفراد العائلة	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الحالة الاجتماعية	المهنة	تاريخ تعديل الحالة / المهنة	التوقيع/البصمة
---	---------------------	---------------	-------------	-------------------	--------	-----------------------------	----------------

المفوض بالاستلام: صفته: رقم الوكالة: تاريخ الوكالة: هوية الوكيل:
العنوان البريدي: ص.ب: جدة: جوال: هاتف:
الحساب البنكي (الآيبان): S A

م	اسماء أفراد العائلة	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الحالة الاجتماعية	المهنة	تاريخ تعديل الحالة / المهنة	التوقيع/البصمة
---	---------------------	---------------	-------------	-------------------	--------	-----------------------------	----------------

المفوض بالاستلام: صفته: رقم الوكالة: تاريخ الوكالة: هوية الوكيل:
العنوان البريدي: ص.ب: جدة: جوال: هاتف:
الحساب البنكي (الآيبان): S A

اسم المشترك/ القائم بالصرف: التوقيع: تاريخ تقديم الطلب: /

موظف خدمة العملاء: التوقيع: التاريخ:

(في حالة ارسال الطلب بالبريد أو مع مندوب)

المصادقة على توقيع المشترك / الشهود

اسم الشاهد: رقم الهوية: الجوال: التوقيع:

اسم الشاهد: رقم الهوية: الجوال: التوقيع:

مصادقة الجهة على صحة توقيع الشاهدين / (المشترك السجين)

الاسم: الصفة الوظيفية: التوقيع: الختم:

تقتضي المادة (٦٢/٣) من نظام التأمينات الاجتماعية "يعاقب كل من يخالف أي حكم من أحكام النظام ولوائحه بما في ذلك تقديم أي بيانات غير صحيحة أو الامتناع عن تقديم البيانات التي تطلبها المؤسسة أو صرف تعويضات دون وجه حق بغرامة لا تزيد عن ١٠٠٠ ريال أو غرامة لا تتجاوز قيمتها قيمة التعويضات التي صرفها والزامه برد ما صرف. وطبقاً لأحكام المادتين (٦-٥) من نظام مكافحة التزوير " أن كل من أثبت وقائع أو أقوال كاذبة على أنها وقائع صحيحة ومعترف بها، تكون العقوبة السجن من سنة إلى خمسة سنوات أو غرامة مالية من الف إلى عشرة الاف ريال " .



المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية
General Organization for Social Insurance

حق لكم

800 1243344 www.gosi.gov.sa



/ SaudiGOSI