

# نموذج عمليات التعويضات التأمينات الاجتماعية pdf جاهز للتحميل والطباعة

## نموذج عمليات التعويضات

(فضلاً اقرأ الإرشادات خلف النموذج)

نوع الطلب:  ١. تقاعد  ٢. تقاعد مبكر  ٣. تقاعد بضم مدة اعتبارية

٤. تعديل حالة مستفيد  ٥. عجز مبي  ٦. عجز غير مبي

٧. مستحقات أفراد العائلة  ٨. وفاة بسبب اصابة عمل  ٩. تعويض الدفعة الواحدة

١٠. تغيير المفوض/ البنك  ١١. طلب التزام/الغاء بنكي  ١٢. اصدار بطاقة

اسم المشترك: ..... رقم الاشتراك: .....

**بيانات المشترك / المفوض** (بتم تعبئتها في جميع المقتات)

القائم بالصرف:  المشترك  المستفيد  الوكيل / الولي رقم الوكالة: ..... تاريخ اصدار الوكالة: / /

اسم القائم بالصرف (غير المشترك): ..... رقم الهوية: .....

العنوان ص ب: ..... المدينة: ..... الرمز البريدي: ..... رقم الهاتف: ..... رقم الفاكس: .....

او عنوان واصل: اسم الشارع: ..... الحي: ..... رقم المبنى: ..... الرقم الاضافي: .....

رقم الوحدة: ..... الرمز البريدي: ..... البريد الالكتروني: .....

**بيانات البنك** (بتم تعبئتها في حال اختيار ١، ٢، ٣، ٤، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢)

اسم البنك: ..... رقم الحساب البنكي (الأيان) للمشارك / المستفيد / الوكيل / الولي: .....

**بيانات افراد العائلة (المعالين / المستفيدين)** (بتم تعبئتها في حال اختيار ١، ٢، ٣، ٤، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢)

م	اسماء افراد العائلة	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	العالة الاجتماعية	المهنة	تاريخ تعديل الحالة / المهنة	التوقيع/الجمعة
١							
٢							
٣							
٤							
٥							

في حالة وجود حمل لإحدى الزوجات يذكر الاسم

**الموافقة على الحسم من مستحقاتي** (في حال صرف مستحقات بدون وجه حق)

نسبة الحسم: % .....

**الموافقة على حسم قيمة اشتراكات المدة الاعتبارية** (في حالة التقاعد بضم مدة اعتبارية)

عدد اشهر المدة الاعتبارية: ..... شهراً ..... اجمالي مبلغ المدة الاعتبارية: ..... ريال

دفع كامل قيمة اشتراكات المدة الاعتبارية  الحسم على أقساط شهرية بواقع ٢٥% من المعاش المستحق

**المصادقة على توقيع المشترك / الشهود** (في حالة ارسال الطب بالبريد أو مع مندوب)

اسم الشاهد: ..... رقم الهوية: ..... الجوال: ..... التوقيع: .....

اسم الشاهد: ..... رقم الهوية: ..... الجوال: ..... التوقيع: .....

مصادقة الجهة على صحة توقيع الشاهدين / (المشارك المسجلين)

الاسم: ..... الصفة الوظيفية: ..... التوقيع: ..... الختم: .....

**إقرار**

أقر بأن جميع البيانات المدونة أعلاه صحيحة، كما أن مدد واجور الاشتراك المسجلة لي صحيحة ولمست على رأس العمل حالياً واتعهد بإبلاغ المؤسسة حال التحاق بأي عمل جديد أو العودة لعملي السابق قبل سن المستين، وإذا تبين خلاف ذلك فإنني أكون عرضة لتطبيق العقوبات المنصوص عليها نظاماً وللمؤسسة الحق باسترداد كافة ما صرف لي بغير وجه حق.

اسم المشترك/ القائم بالصرف: ..... التوقيع: ..... التاريخ تقديم الطلب: / /

موظف خدمة العملاء: ..... التوقيع: ..... التاريخ: / /

نصت المادة (١/٦) من نظام التأمينات الاجتماعية على أنه مع عدم الإخلال بأي عقوبة أشد يحد بها على نظام آخر، يعاقب كل من يخالف أي حكم من أحكام هذا النظام ولقائه - بما في ذلك تقديم أي بيانات غير صحيحة أو التفتيح عن تقديم البيانات التي تطلبها المؤسسة - بغرامة لا تزيد على (١٠٠٠) عشرة ألف ريال، ويضاعف هذا الحد في حالة التكرار... كما نصت الفقرة (٦) من ذات المادة على أنه "إن توجب على أي مخالفة من المخالفات المنصوص عليها في الفقرة (٦) من هذه المادة صرف تعويضات بموجب حق من تكون العقوبة غرامة لا تتجاوز مقدار تلك التعويضات، مع إلزام المخالف برد ما صرف بها".

كما نصت المادة (٦) من النظام الجزائي لجرائم التزوير - على أنه يقع التزوير بأحد الطرق الآتية وبها - فقرة (٦) "تضمين المحرر واقعة غير صحيحة بغيرها واقعة صحيحة، أو ترك تضمين المحرر واقعة كان القائل على ما لا يوجب تضمينها فيها".



المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية  
General Organization for Social Insurance

MQALATY.NET

800 1243344 www.gosi.gov.sa /SaudiGOSI