

صورة
فوتوغرافية
مقاس
٦ × ٤

١ - بيانات تملأ بمعرفة طالب الانتفاع :

الاسم رباعي : _____
تاريخ الميلاد : _____
العنوان : _____
بطاقة شخصية رقم : _____ صادرة من _____
تاريخ الاصدار : _____
اسم صاحب المعاش : () _____ جهة عمله السابقة _____
جهة ربط المعاش : _____ رقم اذن الربط : _____ رقم ملف المعاش _____
هل سبق الانتفاع بالتأمين الصحي ^{نعم} / لا _____ رقم بطاقة التأمين الصحي السابقة ان وجد :

أقر أنا الموقع أدناه بقبول خصم ٢٪ من معاشي الشهري مدى الحياة مقابل انتفاعي بخدمات تأمين المرض طبقا لاحكام القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ .

كما أقر بأني غير متزوجة ولا اتقاضى اجرا نظير عمل خاضع لقانون التأمين الاجتماعي . كما اتعهد بتسليم البطاقة العلاجية في حالة تغيير هذه الصفات واردة اية مبالغ عن علاجي في حالة مخالفة احكام القانون .

توقيع الارملة

التاريخ : / / ١٩٨

ب - بيانات تملأ بمعرفة جهة ربط المعاش :

اسم جهة ربط المعاش _____
اسم المنطقة أو المكتب أو المديرية أو الفرع : _____
روجعت البيانات التالية ووجدت مطابقة لبيانات ملف السيدة / _____
المربوط معاشها على رقم : _____ اعتبارا من _____ تستحق الارملة _____
مليم جنيه
منه مبلغ وقدره _____ (فقط وقدره _____)

ويصير خصم ٢٪ من معاشها الشهري اعتبارا من المعاش المستحق عن شهر _____ لعام ١٩ _____
واتعهد باخطار جهة العلاج بوقف المعاش .

توقيع المختص

توقيع رئيس التعويضات والمعاشات

اعتماد مدير المكتب

خاتم شعار الدولة

ج - بيانات تملأ بمعرفة ادارة الاحصاء بالتأمين الصحي :

بيد الانتفاع بالتأمين ضد المرض اعتبارا من _____
توقيع مدير ادارة الاحصاء _____ رقم : _____
سلمت للمنتفع بتاريخ : _____