

الرقم التأميني :

الرقم القومي :

رقم الملف :

طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين

اسم المؤمن عليه / صاحب المعاش :

اسم جهة العمل الأخيرة وعنوانها :

آخر قانون معامل به :

الرقم التأميني لجهة العمل (رقم المنشأة) :

تاريخ الوفاة : ٢٠ / /

اسم القائم بصرف نفقات الجنازة : صلة القرابة:

عنوان المستفيد :

.....

.....

.....

.....

رقم التليفون : البريد الإلكتروني :

.....

كبييه هام
لمن للهبة متوبون يرددون على الامتلاك لاستيفاء
المستندات أو تحصيل مستحقات الهيئة

(١) يراعى قبل استيفاء بيانات هذا الطلب الرجوع إلى الملاحظات الموضحة خلفه مع مراعاة عدم الشطب أو التكتظ في البيانات

والاجابة (نعم) أو (لا) على كل بند .

(٢) تزدوى البيانات داخل خانة (بين السطور).

الرقم البريدي :

الموقع الإلكتروني: (www.nosi.gov.eg)

عنوان المركز الرئيسي:

رقم تليفون مركز اتصالات خدمة العملاء (١٦٢١٧)

بيان بأسماء الورثة التكرعيين

الرقم التأميني	الرقم القومي	الأسم بالكامل وديعياً	النوع	حصة القرابة	الكنية

يذكر المصدقان على هذا النموذج متضاهين قلوباً مع المستوفين مادراً وجدلاً في حلة الإلء، وكانت خاطئة تؤدى إلى صرف مبلغ دون وجه حق

شهود نحن الموقعين أثناءه بأن البيانات الموضحة بهذا الطلب صحيحة وتمثل المستفيدين عن المرحوم /
يوم وفاته وأن التوفيق الواردة بالطلب صحيحة.
شاهد أول : شاهد ثان :
الموقعان على هذا هما السيد / والسيد /
وهما من العائلين في
تحريراً في : ٢٠ / /

خاتم شعار الجمهورية



رئيس شئون العائلين

يطلب بالحس منه لا يتجاوز ثلاثة شهور وغرامة لا تزيد على خمسمائة جنيه أو يبدى
هاتف المقيمة كل من أعطى سوء قصد بطلبات غير صحيحة أو امتنع سوء قصد عن
إعطاء الإقتات المنصوص عليها في القانون (م ١٢٩ قانون ٢٩ لسنة ١٩٢٥)

اعتماد النموذج بمنطقة أو مكتب الصندوق المفتخر (حالة عدم الاعتماد الإداري)

تم التوقيع أمامنا على هذا النموذج، بعد التحقق من شخصية الموقعين، وإقرارهم بصحة البيانات الواردة بالنموذج على مسئوليتهم الشخصية.

تحريراً في : ٢٠ / /

بيان	الموظف المختص	الرئيس المباشر	مدير المكتب / المنطقة	خاتم شعار الجمهورية
الاسم				
التوقيع				

ملاحظات عامة

- ١ - يرفق مع هذا الطلب شهادة الوفاة أو المستخرج الرسمي منها أو ملخص شهادة الوفاة في حالة عدم سيرة تقييمها، وفي حالة الفقد درافق المستندات الأتية فيما عدا شهادة الوفاة :
أ - المستندات المطلوبة لصرف معاش الوفاة
ب - صورة رسمية من محضر الشرطة المحرر عن الفقد
ج - شهادة إدارية على أن تمتد من قسم الشرطة المختص بأن المقعد لم يعثر عليه خلال ثلاثة أشهر من تاريخ الفقد
د - شهادة معتمدة من جهة العمل التابع لها المؤمن عليه توضح تفصيلاً نوع العمل الذي كان يؤديه وفقاً لشأه وذلك إذا كان الفقد نساءً تأدية العمل
٢ - لا يدرج بالطلب أية بيانات عن الأخوة والأخوات في حالة وجود أولاد مستحقين أو أرملة مع والدين مستحقين للمعاش
٣ - في حالة وجود حمل مسكن يراعى إرسال شهادات الميلاد بمجرد الفصله
٤ - في حالة وجود أيدى أو أخوة تجوزوا سن ٢١ سنة وقت الوفاة وكلوا طلبية أو حاصلين على مؤهل وام يلتحقوا بعمل يرفق مع هذه الاستمارة شهادة ثبت ذلك
٥ - يكون التوقيع على هذه الاستمارة من المستحقين الآتي بينهم ، وبهذه ذلك إقراراً منهم بصحة البيانات:
(أ) الأرملة أو الأرملة عن أنفسهم وعن أيدىهم وبناتهم (إذا كانوا نصراً) (ب) الوالدان
(ج) الأيدى والبنات والأخوة والأخوات الباقين (د) الولي الشرعي عن الأولاد والأخوة والأخوات (إذا كانوا نصراً)
(هـ) محولي شئون القصر في حالة عدم وجود الولي الطبيعي أو الأم أو الولي الشرعي أو الوصي من محولي شئون القصر
٦ - يرفق نموذج رقم (١١٩) ببيانات توضح شروط الإعالة للأخ أو الأخت عن كل أخ أو أخت
٧ - الحالة الاجتماعية يوم الوفاة - ويقصد بها نسبة (لم يعده لأهلها) - متزوجة (التي تم عقد زواجها) - مطلقة - متزوجة
٨ - يجوز عدم التصديق الإداري على هذا النموذج، بشرط حضور أسرة المؤمن عليه أو صاحب المعاش إلى المنطقة أو المكتب التأميني المختص للتوقيع على هذا النموذج أمام الموظف المختص، وفي هذه الحالة يجب توقيع الموظف ومديره المباشر بما يفيد أن التوقيع تم أمامه، ويعضد النموذج من مدير المنطقة أو المكتب ويضم بشاتم شعار الجمهورية الخاص بالمنطقة أو المكتب التأميني.