

نموذج ٢٩ تصح

طلب تحويل لإثبات حالة وفاة إصابية

إسم المنشأة :
عنوان المنشأة :
رقم المنشأة :
إسم المؤمن عليه :
الرقم التأميني :
المهنة :
العنوان :
ملخص تقرير اللجنة الطبية المنوط بها الوفاة الإصابية :
.....
.....
.....

أقر بصحة البيانات الواردة به عليه وبمسئوليتي في حالة ثبوت عدم صحتها .

(توقيع المؤمن عليه أو المدير المسئول)

خاتم المنشأة :

السيد الدكتور / مدير اللجنة الإستشارية العليا للأمراض المهنية والعجز المهني

تحية طيبة وبعد ،

نرجو دراسة حالة الوفاة إن كانت إصابة مهنية من عدمه ؟

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،

مدير المنطقة أو المكتب

خاتم شعار
الجمهورية