إدارة خدمات المشتركين

Customer Service Department

SIO_CS_FRM_03t

طلب صرف المستحقات في القطاع الخاص-نظام الدفعة الواحدة Private Sector Application -Single Payment System



To GOSI:			- إلى السادة الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية:			
Please kindly pay my insurance benefits resulting from my years of service in the private sector due to:				الرجاء التكرم بصرف مستحقاتي التأمينية المترتبة عن سنوات خدمتي في القطاع الخاص، وذلك بسبب: 		
1	The Insured Person is (60) years of Age or Older.			بلوغ المؤمن عليه سن الستين أو أكثر.	١	
2	The insured person is married, divorced or widowed on the date of filing the application.		ۣف.	المؤمن عليها متزوجة أو مطلقة أو أرملة في تاريخ تقديم طلب الصر	۲	
3	Immigration of the insured or insured.		هجرة المؤمن عليه أو المؤمن عليها		٣	
4	Final departure from the country, permanent foreign service or diplomatic mission to the Embassy of his State Consulate.		العمل	المغادرة النهائية للبلاد أو الاشتغال في الخارج بصفة دائمة، أو بالبعثة الدبلوماسية في سفارة قنصلية دولته.	٤	
5	Final sentence of the insured person to imprisonment for a term of (10) years or more and for the remainder of the insured person's term of (60) years or (55) years.		الحكم النهائي على المؤمن عليه بالسجن لمدة (10) سنوات أو أكثر وبقدر المدة الباقية لبلوغ المؤمن عليه (60) سنة او المؤمن عليه (55) سنة.		٥	
6	Full Disability.			العجز الكامل.	٦	
7	Death.			الوفاة.	٧	
8	Five years of separation of insured person.		/ مضي خمس سنوات انتهاء خدمة المؤمن عليه.			
9	The insured person is entitled to a pension from any other pension scheme: (Public sector, private sector, military sector, parliamentary pension, shura pension, municipal pension).		المؤمن عليه مستحق لمعاش تقاعدي من أي نظام تقاعدي آخر: (قطاع عام، قطاع خاص، قطاع عسكري، معاش برلماني، معاش شورى، معاش بلدي).		٩	
10	One year has passed since the insured was engaged in business or a free career after separation.		انتهاء	مضي سنة على مزاولة المؤمن عليه نشاطاٍ تجاريا او مهنة حرة بعد الخدمة.	١.	
11	If the period of service is less than one year after retirement.]	إذا كانت مدة الخدمة أقل من سنة بعد التقاعد	11	
الاسم مقدم الطلب Applicant Name الرقم الشخصي CPR No. رقم النقال Mobile No.						
اسم البنك Bank Name رقم الحساب الدولي Bank Name						
	74	, 	Burnervan	ne cupi	اسم	
- 1	•		Burne Fran			
Exclu	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email		Surri va	البلث يد الالكترون <i>ي</i>		
	ısion Date التاريخ الاستبعاد Email			يد الالكترون <i>ي</i>	البري	
Dec	ısion Date التاريخ الاستبعاد Email			بد الالكتروني ر	البري	
Dec	ısion Date التاريخ الاستبعاد Email			يد الالكترون <i>ي</i>	البري إقرار أقرا	
Dec	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email aration cnowledge the authenticity of the data provided and my request to dis insurance benefits at once rather than as a pension.			يد الالكتروني ر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي	البريا البريا إقرارا أقرارا أقرارا دفعة	
Dec Lack my	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email التاريخ الاستبعاد aration Inowledge the authenticity of the data provided and my request to dis nsurance benefits at once rather than as a pension.			يد الالكتروني ر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي ة واحدة بدلا من صرفها كمعاش تقاعدي.	البريا البريا إقرارا أقرارا أقرارا دفعة	
Dec Lack my i	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email التاريخ الاستبعاد aration Inowledge the authenticity of the data provided and my request to dis nsurance benefits at once rather than as a pension.			يد الالكتروني ر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي ة واحدة بدلا من صرفها كمعاش تقاعدي.	البريا إقرار أقر أقر كالماريا أقر أورا	
Dec Lack my i	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email التاريخ الاستبعاد Email aration Incompledge the authenticity of the data provided and my request to distinsurance benefits at once rather than as a pension. Papplicant's signature			يد الالكتروني ر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي ة واحدة بدلا من صرفها كمعاش تقاعدي. يع مقدم الطلب ستخدام الرسمي فقط	البري إقراء أقر دفعة توقي	
Dec Lack my i	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email المعادة Email المعادة Email المعادة الاستبعاد المعادة المع		التأمينية	يد الالكتروني أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي ة واحدة بدلا من صرفها كمعاش تقاعدي. يع مقدم الطلب عددم الرسمي فقط عدد مرات الصرف المستحقات التأمينية الأ	البري إقراء دفعة توقي للإس	
Dec lack my in Date Office Ma	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email المعتدن Email المعتدن Email المعتدن الاستبعاد الاستبعاد المعتدن ال	burse	التأمينية ولي	ر ر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي ة واحدة بدلا من صرفها كمعاش تقاعدي. يع مقدم الطلب متخدام الرسمي فقط عدد مرات الصرف المستحقات التأمينية الأ t Number of times of exchange Insurance ben	البري إقرار دفعة توقي للإس efits	
Dec lack my in Date Office Ma	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email المعنونة Email المعنونة الاستبعاد Email المعنونة الاستبعاد Email المعنونة ا	burse	التأمينية ولي	ر ر الالكتروني أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي قواحدة بدلا من صرفها كمعاش تقاعدي. يع مقدم الطلب يع مقدم الطلب عدد مرات الصرف المستحقات التأمينية الأ Number of times of exchange Insurance ben مدة الخدمة بالشهور Months Period of Servi ق الإدارة:	البريا البريا البريا المريا ال	
Dec lack my in Date of the Dat	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email المعادة Email المعادة الاستبعاد Email المعادة الاستبعاد Email المعادة المع	burse	التأمينية ولي	ر ر الالكتروني أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقات يع مقدم الطلب عدد مرات الصرف المستحقات التأمينية الأ عدد مرات الصرف المستحقات التأمينية الأ Number of times of exchange Insurance ben a vi الشهور الشهور الشهور الشهور المادة (۳۸) من القانون.	البريا البريا البريا المريا ال	
Dec lack my in Date of the Dat	Ision Date التاريخ الاستبعاد Email Aration Innowledge the authenticity of the data provided and my request to dis insurance benefits at once rather than as a pension. In a pplicant's signature or a provided and my request to dis insurance benefits at once rather than as a pension. I Applicant's signature or a provided and my request to dis insurance benefits at once rather than as a pension. I Applicant's signature or a provided and my request to dis insurance benefits at once rather than as a pension. I Third I Applicant's signature or a provided and my request to dis insurance benefits at once rather than as a pension. I Third I Second I Third I Second I Second I Specialist Signature I Specialist Signature	burse	التأمينية ولي	ر ر الالكتروني أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقاتي أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المقدمة وبطلبي صرف مستحقات يع مقدم الطلب عدد مرات الصرف المستحقات التأمينية الأ عدد مرات الصرف المستحقات التأمينية الأ Number of times of exchange Insurance ben a vi الشهور الشهور الشهور الشهور المادة (۳۸) من القانون.	البري البري اقر دفعة توقي اللإس اللام تعليز توقي	

إدارة خدمات المشتركين

Customer Service Department

SIO CS FRM 03t

طلب صرف المستحقات في القطاع الخاص-نظام الدفعة الواحدة Private Sector Application -Single Payment System



المستندات المطلوبة

:Required Documents

- 1. Taxi Owner: License of Passage Taxi Ownership.
- 2. Clinic owner: Licence from the Ministry of Health.
- 3. Seafarers: Certification of Fisheries and Coast Guard.
- 4. Lawyer: Leave to practise with the intention of the Ministry of Justice.
- Productive families: Unit number from the Ministry of Social Development.
- **6. Holders of simplifications:** authorization from the municipality.
- 7. **Kindergarten owners:** licence from the Ministry of Education.
- **8. Free employer:** a copy of the commercial registry that is one year old/a document with the commercial registry number or unit of the Central Information Agency.
- **9. Insured (married/divorced/widowed):** copy of identity card copy of marriage contract bank account death certificate and legitimate virtue.
- **10. Insured prisoner:** Application for disbursement from the State Council (administration of minors' funds and those in the administration of minors).
- 11. Immigration or final departure from the country: a record or contract of employment of the migrant State and documents confirming permanent residence, valid, issued by the competent authorities of the State of Immigration, certified by the Bahraini Embassy or its representative.
 - · Certified lease from the embassy and abroad.
 - Letter from the Embassy of the Kingdom of Bahrain in the country of immigration.
 - Letter from the applicant requesting payment of the dues.
 - Copy of the bank account number of the applicant.

- . صاحب تاكسى: رخصة من المرور ملكية التاكسي.
 - 2. صاحب عيادة: ترخيص من وزارة الصحة.
- 3. **بحار:** شهادة من الثروة السمكية وخفر السواحل.
 - 4. محامى: إجازة مزاولة مهنية من وزارة العدل.
- الأسر المنتجة: رقم الوحدة من وزارة التنمية الاجتماعية.
 - أصحاب البسطات: ترخيص من البلدية.
- . أصحاب الروضات: ترخيص من وزارة التربية والتعليم.
- 8. صاحب عمل حر: صورة من السجل التجاري مضى عليه سنة كاملة/ مستند برقم السجل التجارى أو الوحدة من الجهاز المركزي للمعلومات.
- 9. مؤمن عليها (متزوجة/مطلقة/أرملة): نسخة من بطاقة الهوية نسخة من عقد الزواج الحساب البنكى شهادة الوفاة والفريضة الشرعية.
- 10. مؤمن عليه مسجون: طلب الصرف من مجلس الولاية (إدارة أموال القاصرين ومن في حكمهم).
- 11. الهجرة أو المغادرة النهائية للبلاد: سجل أو عقد عمل من الدولة المهاجر لها ومستندات تثبت الإقامة الدائمة، سارية المفعول صادرة من الجهات المختصة في دولة الهجرة، ومصدقة من السفارة البحرينية أو من ينوب عنها.
 - عقد إيجار مصدق من السفارة والخارجية.
 - رسالة من سفارة مملكة البحرين في بلد الهجرة.
 - خطاب من صاحب الطلب يطلب فيه صرف المستحقات.
 - صورة من رقم حساب البنك لصاحب الطلب.