



**نموذج انتهاء اشتراك مؤمن عليه
للفئات المنتفعة بأحكام الباب الخامس**

	الرقم المدني		تاريخ تقديم الطلب
	تاريخ الميلاد		الاسم
	رقم الهاتف / النقال		شريحة الدخل
	البريد الإلكتروني		المؤهل الدراسي
			عنوان المؤمن عليه

	تاريخ انتهاء الاشتراك		هل تم أو سبق صرف مكافأة
--	-----------------------	--	-------------------------

إقرار

أقر بصحة البيانات المدونة أعلاه وأرغب في أن يتم اختطاري بكافة المراسلات والإعلانات من خلال الرسائل النصية (SMS) أو العنوان أو البريد الإلكتروني المذكورين أعلاه وفقاً لما تراه المؤسسة مناسباً وأن أي اختطار عليهم يعتبر صحيحاً ما لم أخطر المؤسسة رسمياً وكتابياً بتغييرهم أو عدم رغبتني بالخدمة الإلكترونية.

	الاسم
	التوقيع