

اختر نوع الملف واضغط بحث بعد ذلك سوف يظهر لك نتيجة تحميل الملف .

نتيجة الملف الذي سبق تحميله

رقم الاشتراك 100011182 اسم المنشأة بالعربي

نوع الملف * نموذج 6 نموذج 3 نموذج 6 نموذج 3

بحث

رقم المرجع اسم الملف تاريخ الملف حالة الملف

مساعدة إغلاق ?

نتيجة الملف الذي سبق تحميله

رقم الاشتراك 100011182 اسم المنشأة بالعربي

نوع الملف * نموذج 6 نموذج 3 نموذج 6 نموذج 3

بحث

رقم المرجع	اسم الملف	سنة	حالة الملف
75747	csv.75747	2010	تمت العملية بنجاح
59859	csv.59859	2009	تمت العملية مع وجود أخطاء
58693	csv.58693	2009	تمت العملية مع وجود أخطاء
5785	csv.5785	0	تمت العملية بنجاح

تنزيل الملف إغلاق مساعدة ?

9 الأخطار المهنية

الأخطار المهنية

إدخال إصابة مهنية جديدة <

الاستفسار عن الاصابة <

عرض أسماء المستشفيات المخصصة للمنشأة <

9.1 إدخال إصابة مهنية جديدة

إدخال الإصابات المهنية الجديدة التابعة للمنشأة أو إدخال الانتكاسة
اختر إدخال إصابة مهنية جديدة

تفاصيل الإصابة - ادخل

رقم المشترك
رقم الإقامة
الاسم
الجنسية

رقم الهوية الوطنية
رقم جواز السفر

اختر

بحث

رقم المشترك حالة الدمج الاسم الجنسية تاريخ الميلاد رقم الهوية الوطنية رقم الإقامة رقم جواز السفر

ادخال اصابة جديدة ادخال انتكاسة لاصابة سابقة

اعلاني مساعدة ?

ادخل رقم المشترك أو رقم الهوية الوطنية أو رقم الإقامة أو رقم جواز السفر أو الاسم
اضغط بحث
اختر السجل:

تفاصيل الإصابة - ادخل

رقم المشترك
رقم الإقامة
الاسم
الجنسية

رقم الهوية الوطنية
رقم جواز السفر

اختر

بحث

رقم المشترك حالة الدمج الاسم الجنسية تاريخ الميلاد رقم الهوية الوطنية رقم الإقامة رقم جواز السفر

857282787
فاصل هادي باكستان 1962/01/01 - - 813280

ادخال اصابة جديدة ادخال انتكاسة لاصابة سابقة

اختر إدخال إصابة جديدة :

ادخل تاريخ الإصابة - وقت الإصابة - تاريخ التوقف عن العمل - تاريخ ابلاغ العامل - مكان الإصابة- النشاط وقت الإصابة

اختر نوع الحادث / سبب الإصابة - مصدر الاصابه

ادخل وصف الإصابة

الاقرار بصحة البيانات أعلاه والتعهد بدفع نفقات العلاج إذا تقرر أن الحالة ليست إصابة عمل

ارفع الوثائق * بلاغ عن إصابة عمل * التقرير الطبي المبدئي * وثائق أخرى مثل تقرير

الشرطة أو المرور أو الدفاع المدني

المهنة	عامل عادي
اسم المنشأة	
رقم التسجيل	100011182
تاريخ الإصابة*	1431/06/15
تاريخ ابلاغ العامل*	1431/06/15
تاريخ التوقف عن العمل*	1431/06/15
مكان الإصابة*	TEST
نوع الحادث / سبب الإصابة*	سقوط
مصدر الاصابة*	آلات الرفع
وصف الإصابة*	TEST
الإصابة عبر المهنة السابقة (إن وجدت)	TEST
الجهة الحكومية التي باشرت الحادث (إن وجدت)	إرفاق المعنى
وقت الإصابة*	10 30 صباح
تاريخ ايقاف الأجر	
النشاط وقت الإصابة*	TEST

أقر بصحة البيانات أعلاه وأتعهد بدفع نفقات العلاج التي تكبدتها المؤسسة إذا تقرر أن الحالة ليست إصابة عمل وفقا للتعريف الوارد بالمادة (27) من نظام التأمينات الاجتماعية

بيانات الإتصال | إضافة مرفقات

لنتمكن من حفظ البيانات يجب إدخال بيانات الاتصال وذلك من خلال أيقونة بيانات الاتصال
طريقة إدخال بيانات الاتصال :
اضغط على بيانات الاتصال

بيانات الإتصال ← حفظ إلغاء مساعدة ?

اختر السجل ثم اضغط تعديل

مدينة المدينة الدولة رقم الهاتف العنوان البريدي حاليا

جدة السعودية 2882872

تعديل حذف

ادخل رقم الجوال الخاص بالمشارك ثم اضغط على طلب

بيانات الاتصال الشخصية

نوع العنوان * عنوان واصل عنوان صندوق البريد أخرى

الدولة * السعودية

رمز المدينة * 0202000

المدينة جدة

محافظة منطقة مكة المكرمة

صندوق بريد * الرمز البريدي *

دواسطة

رقم الهاتف * النحوية

رقم الماكس رقم الجوال *

البريد الإلكتروني aaaa@hotmail.com

العنوان البريدي حالياً

تعديل العنوان

اولا اختر السجل اثناء تم الضغط تعديل , ثم امدان البيانات

وبعد الانتهاء اضغط طلب و اعرض الضغط صحيح

اضغط صحيح .

مدينة المدينة الدولة رقم الهاتف العنوان البريدي حالياً

جدة السعودية 2882872