



استمارة لإصدار بدل فاقد/مستخرج لشهادة الوفاة  
DEATH CERTIFICATE REPLACEMENT/LOST FORM

1. PARTICULARS OF THE DECEASED:

١. بيانات عن المتوفي:

Personal No.:  الرقم الشخصي:  
Full Name: \_\_\_\_\_ الاسم الكامل:  
Occupation: \_\_\_\_\_ المهنة: Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ تاريخ الميلاد: Sex: \_\_\_\_\_ الجنس:  
Health Center: \_\_\_\_\_ المركز الصحي: Nationality: \_\_\_\_\_ الجنسية: Religion \_\_\_\_\_ الديانة  
Address: Road/Street/Avenue: \_\_\_\_\_ شارع/طريق/ممر: Building: \_\_\_\_\_ مبنى: Flat/Villa: \_\_\_\_\_ شقة/فيلا:  
Telephone No.: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: Area: \_\_\_\_\_ منطقة: Block: \_\_\_\_\_ مجمع:  
Time of Death (24 hours): \_\_\_\_\_ وقت الوفاة (٢٤ ساعة): Date of Death: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ تاريخ الوفاة:  
Place of Death: \_\_\_\_\_ مكان الوفاة:

2. PARTICULARS OF THE INFORMANT:

٢. بيانات عن المبلغ:

I hereby declare that all particulars are true.

أقر بأن جميع البيانات صحيحة وعلى مسؤوليتي.

Personal No.:  الرقم الشخصي:  
Full Name: \_\_\_\_\_ الاسم الكامل:  
Relationship: \_\_\_\_\_ صلة القرابة: Nationality: \_\_\_\_\_ الجنسية: Sex: \_\_\_\_\_ الجنس:  
Date of Issue: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ تاريخ التحرير: Informant signature:  توقيع المبلغ:  
Email: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني:

3. DATA TO BE FILLED BY CIVIL STATUS UNIT

٣. بيانات تملأ من قبل وحدة الأحوال المدنية:

رقم التبليغ: \_\_\_\_\_ تاريخ التسجيل: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ تاريخ التحرير: \_\_\_\_\_ اسم مراجع البيانات بمكتب الإرشيف: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ الملاحظات:

NOTE: Completed form should be presented to Civil Status Unit with deceased and informant's copy of passport or ID card (Copy of Death Certificate if available).

ملاحظة: تقدم هذه الاستمارة بعد ملئها لوحدة الأحوال المدنية مرفق معها نسخة من جواز السفر أو بطاقة الهوية للمتوفي ومقدم الطلب (نسخة من شهادة الوفاة إن وجدت).