

صندوق العاملين بـ

منطقة:

مكتب:

وحدة:

إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه

رقم المنشأة:

مسمى:

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

الإسم:

تاريخ انتهاء الاشتراك

سبب انتهاء الاشتراك

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم:

شارع/حارة

شياخة/ قرية

قسم/ مركز

محافظة

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

أقر أن البيانات بعالية صحيحة وأن المؤمن عليه تسلم صورة من هذا الإخطار .

توقيع المؤمن عليه: / / ٢٠ توقيع المدير المسئول: / / ٢٠ .

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي/

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعالية صحيحة وإنني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موسى عليه بعلم

الوصول برقم: / / ٢٠ بتاريخ

خاتم الجهة

توقيع المدير المسئول: / / ٢٠

البيانات	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل ألي	مراجع ألي
الإسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة :- يلزم التأكد من توقيع كل من العامل وصاحب العمل على الإقرار الموضح خلف الإستمارة .

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- تحرر هذه الإستمارة من أصل وصورتين يرسل الأصل لمكتب التأمينات المختص خلال أسبوع من تاريخ انتهاء الخدمة ويحتفظ صاحب العمل بصورة وتسلم صورة للعامل بعد توقيعه أو ترسل له بخطاب مسجل بعلم الوصول خلال ٢٤ ساعة من إرسالها للمكتب في حالة رفضه التوقيع .
- ٢- في حالة التأخير في تقديم هذه الإستمارة يلتزم صاحب العمل بأداء مبلغ إضافي يقدر بنسبة ٢٠% من قيمة الإشتراك المستحق عن الأجر الأساسي في الشهر الأخير من مدة الإشتراك عن كل شهر تأخير في الإخطار من تاريخ إنتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسال الإستمارة مع حذف كسور الشهر .

إقرار

إسم المنشأة: رقمها التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

العنوان:

إسم المؤمن عليه : رقمه التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

١- أقر أنا الموقع أدناه بأني قد قمت بسحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تسليمها لفرع الهيئة العامة للتأمين الصحي المختص وفي حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسئولاً بالتضامن مع العامل في مواجهة الهيئة العامة للتأمين الصحي عن كافة مصاريف العلاج والرعاية الطبية تعويضاً عن الإنتفاع بدون وجه حق بمزايا العلاج والرعاية الطبية بعد إنتهاء الخدمة .

توقيع صاحب العمل

توقيع المؤمن عليه

()

()

٢- أقر أنا الموقع أدناه بأن المؤمن عليه محل هذه الإستمارة قد رفض تسليم البطاقة العلاجية وقمنا بإخطار الهيئة العامة للتأمين الصحي ببيانات المؤمن عليه لإيقاف التعامل معه .

توقيع صاحب العمل

()