

إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه

رقم المنشأة : اسم المنشأة :

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأمينى : الرقم القومى :

الإسم :

تاريخ إنتهاء الإشتراك سبب إنتهاء الإشتراك

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم : شارع / حارةشياخة / قرية : قسم / مركز : محافظة :

رقم المحمول أو التليفون الأرضى :

البريد الإلكتروني :

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

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

توقيع المؤمن عليه توقيع المدير المسئول / / ٢٠

تم مطابقة التوقيع بمعرفتى /

إقرار المدير المسئول فى حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وأنتى أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موسى عليه بعلم الوصول

برقم بتاريخ / / ٢٠

توقيع المدير المسئول / / ٢٠

خاتم الجهة

البيان	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل آلى	مراجع آلى
الإسم				
التوقيع				
التاريخ				

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

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- يحزر هذا النموذج من أصل وصورتين يرسل الأصل لمكتب الهيئة المختص خلال أسبوع من تاريخ تحقق إحدى الوقائع الآتية :
- أ- إنتهاء خدمة المؤمن عليه .
- ب- إنتهاء مدة التلمذة الصناعية أو التدرج .
- ج- إنتهاء العمل بالمشروع الصيفى للطلبة .
- ويحتفظ صاحب العمل بصورة ويسلم صورة للعامل بعد توقيعه أو يرسل له بخطاب مسجل بعلم الوصول خلال ٢٤ ساعة من إرساله لمكتب الهيئة المختص فى حالة رفضه التوقيع .

- ٢- فى حالة إخلال صاحب العمل بالإخطار فى الموعد المشار إليه بالنسبة للمؤمن عليهم فى البند (أ) من رقم (١) يلتزم بأداء مبلغ إضافى يقدر بنسبة (٢٠%) من قيمة الاشتراك المستحق عن الشهر الأخير وذلك عن كل شهر تأخير عن المدة من تاريخ إنتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسال النموذج لمكتب الهيئة المختص وفى حساب مدة التأخير يحذف كسر الشهر .

إقرار

اسم المنشأة : رقمها التأمينى :

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

العنوان :

اسم المؤمن عليه : رقمه التأمينى :

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

- ٣- أقر أنا الموقع أدناه بأننى قد قمت بسحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تسليمها لفرع الهيئة المعنية بالتأمين الصحى وفى حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسئولاً بالتضامن مع العامل فى مواجهة الهيئة المعنية بالتأمين الصحى عن كافة مصاريف العلاج والرعاية الطبية تعويضاً عن الانتفاع بدون وجه حق بمزايا العلاج والرعاية الطبية بعد إنتهاء الخدمة .

توقيع صاحب العمل

()

توقيع المؤمن عليه

()

- ٤- أقر أنا الموقع أدناه بأن المؤمن عليه محل هذا النموذج قد رفض تسليم البطاقات العلاجية وقمت بإخطار الهيئة المعنية بالتأمين الصحى ببيانات المؤمن عليه لإيقاف التعامل معه .

توقيع صاحب العمل

()