

إخطار بانتهاك اشتراك مؤمن عليه

رقم المنشأة :

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

 مسمى : _____

رقم التسجيل الضريبي للمنشأة : ____ / ____ / ____

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني :

الرقم القومي :

الاسم :

تاريخ انتهاء الاشتراك

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

سبب انتهاء الاشتراك

☐

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم: شارع/حارة

شباخة/ قرية قسم/ مركز محافظة

رقم المحمول أو التلفون الأرضي:

البريد الإلكتروني:

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

أقر أن البيانات بعاليه 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 بعاليه صحيحة وانني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موسى عليه بطم الوصول برقم _____ بتاريخ ٢٠ / / .

توقيع المدير المسئول تم مطابقة التوقيع بمعرفتي ٢٠ / /

خاتم

اليان	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل ألي	مراجع ألي
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

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

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- يحرر هذا النموذج من أصل وصورتين يرسل الأصل لمكتب الهيئة المختص خلال أسبوع مــــن تاريخ تحقق إحدى الوقائع الآتية:
- أ- انتهاء خدمة المؤمن عليه.
 - ب- انتهاء مدة التلمذة الصناعية أو التدرج.
 - ج- انتهاء العمل بالمشروع الصيفي للطلبة.
- ويحتفظ صاحب العمل بصورة وتسلم صورة للعامل بعد توقيعه أو ترسل لــــه بخطاب مسجل بعلم الوصول خلال ٢٤ ساعة من إرسالها لمكتب الهيئة المختص في حالة رفضه التوقيع.
- ٢- في حالة إخلال صاحب العمل بالإخطار في الموعد المشار إليه بالنسبة للمؤمن عليهم في البند (١) من رقم (١) يلتزم بأداء مبلغ إضافي يقدر بنسبة (٢٠ %) من قيمة الاشتراك المستحق عن الشهر الأخير وذلك عن كل شهر تأخير عن المدة من تاريخ انتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسال النموذج لمكتب الهيئة المختص وفي حساب مدة التأخير يحذف كسر الشهر.

إقرار

اسم المنشأة: _____ رقمها التأميني:

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

العنوان: _____

اسم المؤمن عليه: _____ رقمه التأميني:

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

أقر أنا الموقع أدناه بأنني قد قمت بسحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تسليمها لفرع الهيئة المعنية بالتأمين الصحي وفي حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسؤولاً بالتضامن مع العامل في مواجهة الهيئة المعنية بالتأمين الصحي عن كافة مصاريف العلاج والرعاية الطبية تعويضاً عن الانتفاع بدون وجه حق بمزايا العلاج والرعاية الطبية بعد انتهاء الخدمة.

توقيع صاحب العمل

()

توقيع المؤمن عليه

()

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

توقيع صاحب العمل

()