



الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي
صندوق التأمين بقطاع الأعمال العام والخاص

إخطار بانتهاء اشتراك مؤمن عليه

طبقا للقانون ٧٩ لسنة ٧٥ والقانون ١٠٨ لسنة ٧٦

منطقة : _____

مكتب : _____

رقم المنشأة : _____

وحدة : _____

اسم المنشأة : _____

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني : _____

الاسم : _____

تاريخ إنتهاء الاشتراك : _____
يوم _____ شهر _____ سنة _____
سبب إنتهاء الاشتراك : _____

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

رقم عقار _____ حارة / شارع _____
شياخة _____ قريّة _____
قسم _____ مركز _____
محافظة : _____

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

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

توقيع المؤمن عليه _____ / / _____ توقيع المدير المسئول

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وأنتى أرسلت صورة من هذا الأخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موسى عليه بعلم
الوصول برقم _____ بتاريخ _____ / / _____ توقيع المدير المسئول

رجوع أليا بمعرفة

سجل أليا بمعرفة

المراجع

مستلم الأخطار

/ /

/ /

/ /

/ /

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

ملاحظات

- تحرر هذه الإستمارة من أصل وصورتين يرسل الأصل لمكتب التأمينات المختص خلال ٣ أيام من تاريخ إنتهاء الخدمة ويحتفظ صاحب العمل بصورة وتسلم صورة للعامل بعد توقيعه أو ترسل له بخطاب مسجل بعلم الوصول خلال ٢٤ ساعة من إرسالها للمكتب فى حالة رفضه التوقيع .
- فى حالة التأخير فى تقديم هذه الإستمارة يلتزم صاحب العمل بأداء مبلغ إضافى بنسبة ٢٠٪ من قيمة الإشتراك المستحق عن الأجر الأساسى فى الشهر الأخير من مدة الإشتراك عن كل شهر تأخير فى الأخطار من تاريخ إنتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسال الإستمارة مع حذف كسور الشهر .

إقرار

م المنشأة : رقمها التأمينى :

نوع :

م المؤمن عليه : رقمه التأمينى :

- أقر أنا الموقع أدناه بأننى قد قمت بسحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تسليمها لفرع الهيئة العامة للتأمين الصحى المختص وفى حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسئولاً بالتضامن مع العامل فى مواجهة الهيئة العامة للتأمين الصحى عن كافة مصاريف العلاج والرعاية الطبية تعويضا عن الانتفاع بدون وجه حق بمزايا العلاج والرعاية الطبية بعد إنتهاء الخدمة مضافا إليه المبالغ الإضافية وكافة الآثار الجنائية التى تترتب على ذلك

توقيع صاحب العمل

توقيع المؤمن عليه

()

()

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

توقيع صاحب العمل

()