نموذج طلبِ الغاء عضوية

إسم الوثيقة :	المجموعةِ المتحدة لتأمينِ التعاوني - أسيج
رقم الوثيقة :	رقم الطلب:
	تاريخ الطلب:

رقم الإيبان : SA

يرجى إلغاء الموظفين / التابعين المذكورين أدناه من وثيقتنا الطبية.

رقم التسلسل	رقم الهوية / الإقامة	إسم المؤمن عليه	نوع العلاقة	تاريخ الالغاء الفعلي (حسب المرفق المقدم)

طلب الغاء موظف يكون للاسباب المبينة أدناه (له / لها) :

- ☐ إنهاء توظيف (يرفق نسخة من التأمينات الإجتماعية موضح فيه تاريخ الاستبعاد) .
- ☐ خروج نهائي (يرفق إثبات المغادرة من مقيم موضح فيه تاريخ الخروج من المملكة).
- ☐ تأمين بديل (يرفق إستعلام مجلس الضمان الصحي).
- ☐ لم يعد تحت الكفالة - نقل الاقامة (يرفق برنت من مقيم أو من موقع وزارة العمل موضح فيه تاريخ نقل الكفالة).
- ☐ الوفاة (يرفق نسخةً من شهادةِ الوفاة).
- ☐ خرج ولم يعد (صورة من التأشيرة + برنت من مقيم يوضح حالة الموظف).

أسباب أخرى :

طلب الغاء تابع لموظف يكون للاسباب المبينة أدناه (له / لها) :

- ☐ عضوية الموظف منتهية حالياً (يرفق المستندات المؤيدة لذلك)
- ☐ خروج نهائي لتابع الموظف من المملكة العربية السعودية (يرفق نسخةً من تأشيرةِ الخروج النهائي مع مايثبت تاريخ الخروج أو المغادرة).
- ☐ الطلاق بين موظف و زوجته (يرفق نسخةً من شهادة الطلاق).
- ☐ التابع لَمْ يَعُدْ تحت كفالتنا - نقل الاقامة (يرفق برنت من مقيم أو من موقع وزارة العمل موضح فيه تاريخ نقل الكفالة)
- ☐ وفاة التابع (يرفق نسخة منَ شهادةِ الوفاة).

أسباب أخرى :

ملاحظة : في حالة تأخر العميل بتقديم طلب الحذف, سيكون تاريخ الحذف هو تاريخ استلام نموذج طلبِ الغاء العضويةِ من قبل موظف أسيج ، وهذا ينطبق على جميع الاعضاء الذين سيبقون متواجدون في المملكة بعد تاريخ الحذف.

نحن بموجب هذا الطلب نُؤكّدُ بأنّ المجموعةِ المتحدة لتأمينِ التعاوني (أسيج) تَمتلكُ الحقّ بأنْ تعلق أو ترفض حذفَ أيّ شخص إذا كان حذفه/ حذفها لا يتوافق مع معاييرِ الاستحقاق المذكورَة في وثيقة التأمين الطبي. كُلّ بطاقات التأمين الطبية يَجِبُ أنْ تُرجَعَ إلى المجموعةِ المتحدة لتأمينِ التعاوني سويّة مع هذا الطلبِ. أيّ مطالبة تظهر بعد تاريخِ الالغاء تعتبر المسؤلين الوحيدين عنها و كما أقر بصحة البيانات المسجله في الطلب .

مقدم الطلب :-

الإسم : التوقيع :

رقم التواصل : الختم :

التاريخ : / /

فقط لإستخدام المجموعة المتحدة للتامين التعاوني (أسيج)

الموظف المختص (مستلم طلب الالغاء):-

إسم الموظف : التوقيع : التاريخ : / /

فقط لاستخدام قسم الإكتتاب الطبي

قبول الالغاء: التعليق :

تاريخ الالغاء : السبب :

الموظف المخوّل: التوقيع :