



## تعميم تجديد اشتراك للإنتفاع من خدمات صندوق التأمين الصحي لموظفي الشركة بعد التقاعد

السادة مشتركي صندوق التأمين الصحي لموظفي الشركة بعد التقاعد المحترمين

تحية طيبة وبعد

استكمالاً لنهج الدعم المستمر لصندوق التأمين الصحي لموظفي الشركة بعد التقاعد من خلال حوسبة إجراءات العمل وتوظيف البرامج والتقنيات وكذلك الدعم المالي المباشر الذي قدمته الشركة للصندوق، وفي سبيل المساهمة بالمحافظة على هذه المنفعة واستدامة الخدمات العاجية المقدمة للمتفعين فقد تقرر إجراء التعديلات التالية على نظام الصندوق اعتباراً من تاريخ 2025/01/01:

1. مضاعفة قيمة الاشتراك السنوي في حالة الموظف المتقاعد الذي حصل على قرار بإصابته بعجز كلي دائم بعد انتهاء خدماته لدى الشركة وذلك اعتباراً من تاريخ 2025/01/01 ويستثنى من ذلك المتفاعدين الحاليين المتفعين من خدمات الصندوق قبل التاريخ المذكور.
  2. إعادة تحديد سقف الأدوية والعلاجات خارج المستشفى ليصبح (5000) دينار للمتفع وزوجته أو زوجته من صندوق التأمين الصحي لموظفي الشركة بعد التقاعد خلال سنة الاشتراك وسقف المعالجات داخل المستشفى لتصبح (15000) دينار خلال سنة الاشتراك وذلك اعتباراً من تاريخ 2025/01/01.
- وحيث أن الاشتراكات الحالية للمتفعين من خدمات الصندوق تنتهي بتاريخ 2024/12/31 وتجنباً لتوقف الخدمات بعد ذلك التاريخ فإن الصندوق يدعو الراغبين بتجديد اشتراكهم لعام 2025 بالمبادرة لتسديد رسم الاشتراك تأكيداً لما يلي:

### طلب تجديد اشتراك وإقرار وتعهد

إسم الموظف المتقاعد:	عبد الجليل علي بشير الفروخ	رقم هاتف الخلي:	0776638269
----------------------	----------------------------	-----------------	------------

- (أ) أقر أنا الموظف/الموظفة المتقاعدة المشترك حالياً بخدمات صندوق التأمين الصحي لموظفي الشركة بما يلي:
- أنني على علم تام بأن اشتراكي الحالي أنا والمتفعين الواردة أسماؤهم أدناه بخدمات الصندوق صالح حتى تاريخ 2024/12/31 ويعتبر منتهياً بعد ذلك ما لم أقم باستكمال إجراءات تجديد الاشتراك/الإشراكات ودفع الرسوم المترتبة.
  - أن بيانات المتفعين الواردة أدناه صحيحة:
  - أنني اطلعت على نظام صندوق التأمين الصحي لموظفي الشركة بعد التقاعد المرفق.
  - أن رقم الهاتف المين أعاه يعود لي شخصياً وأنه الوسيلة المعتمدة رسمياً للتواصل معي سواء هاتفياً أو من خلال الرسائل النصية وأتعهد بتحديث رقم الهاتف في حال تغيره في أي وقت .
- (ب) وعليه فإنني أود التأكيد على مايلي:
- أنني أرغب بتجديد اشتراكاتي في خدمات التأمين الصحي لموظفي الشركة بعد التقاعد لي ولكافة المتفعين الواردة أسماؤهم أدناه.
  - أتعهد بتسديد رسوم الاشتراك السنوي وكافة المساهمات بحسب ما هو منصوص عليه في تعليمات نظام الصندوق الحالي وأي تعديلات قد تطرأ عليه ويتم اعتمادها خلال أي فترة لاحقة.
  - أتعهد شخصياً بالأمانة عن نفي وبالنيابة عن أفراد عائلتي المتفعين بالإلتزام بكافة التعليمات الواردة في نظام صندوق الخدمات الطبية لموظفي الشركة بعد التقاعد.
  - أقرض الشركة باسرداد أية مبالغ متعلقة بكلف المعالجات الخاصة بي والمتفعين الواردة أسماؤهم أدناه في حال ثبوت أي حالة سوء استخدام للمنافع العاجية بشكل مخالف لتعليمات النظام.
  - أقر بصحة كافة البيانات والمعلومات الواردة أعاه الخاصة بي والمتفعين من عائلتي الواردة أسماؤهم أدناه وأتعهد بإعطاء دائرة التأمين الصحي فوراً عن أي تعديلات تطرأ بخصوص تلك البيانات.
  - كما أقرض الشركة وموظفيها والصندوق وكافة الجهات الأخرى المتعاقد معها لتزويد الخدمات العاجية بحققها جميعاً باستخدام تلك البيانات وحفظها ومعالجتها.

للتأكيد على رغبتك بتجديد الاشتراك والبندين (أ) و (ب) يرجى الدخول الى بوابة اي فواتيركم واستخدام رقم الدفع الالكتروني المبين أدناه للمساعدة يرجى الإتصال على الأرقام التالية: 0792782899 / 0792782896

المتفع الأول	عبد الجليل علي بشير الفروخ
رقم الدفع الإلكتروني	259921004000
المتفع الثاني	امنه محمد نهار
رقم الدفع الإلكتروني	259921004101
المتفع الثالث	
رقم الدفع الإلكتروني	
المتفع الرابع	
رقم الدفع الإلكتروني	
المتفع الخامس	
رقم الدفع الإلكتروني	