

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 للمتقاعين 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 المتقاعدين الحاليين المتقاعدين من خدمات الصندوق قبل التاريخ المذكور.
 2. إعادة تحديد سقف الأدوية والعلاجات خارج المستشفى ليصبح (5000) دينار للمتقاع وزوجته/زوجته أو زوجاته 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 للمتقاعين 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:	عماد جميل محمود عفانة	رقم هاتف الخليوي:	0781514606
----------------------	-----------------------	-------------------	------------

- (أ) أقر أنا الموظف/الموظفة المتقاعدة المشترك حالياً بخدمات صندوق التأمين الصحي لموظفي الشركة بما يلي:
- أنني على علم تام بأن اشتراكي الحالي أنا والمتقاعن الواردة أسماؤهم أدناه بخدمات الصندوق صالح حتى تاريخ 2024/12/31 ويعتبر منتهياً بعد ذلك ما لم أقم باستكمال إجراءات تجديد الاشتراك/الإشراك ودفع الرسوم المترتبة.
 - أن بيانات المتقاعن الواردة أدناه صحيحة:
 - أنني اطلعت على نظام صندوق التأمين الصحي لموظفي الشركة بعد التقاعد المرفق.
 - أن رقم الهاتف الممن 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 المتقاعن 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 المتقاعن بالإلتزام بكافة التعليمات الواردة في نظام صندوق الخدمات الطبية لموظفي الشركة بعد التقاعد.
 - أقرض الشركة باسرداد أية مبالغ متعلقة بكلف المعالجات الخاصة بي والمتقاعن الواردة أسماؤهم أدناه في حال ثبوت أي حالة سوء استخدام للمنافع العاجية بشكل مخالف لتعليمات النظام.
 - أقر بصحة كافة البيانات والمعلومات الواردة أعلاه الخاصة بي والمتقاعن 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

المنتفع الأول	عماد جميل محمود عفانة
رقم الدفع الإلكتروني	259940658000
المنتفع الثاني	امل صالح شعيبان المشني
رقم الدفع الإلكتروني	259940658101
المنتفع الثالث	
رقم الدفع الإلكتروني	
المنتفع الرابع	
رقم الدفع الإلكتروني	
المنتفع الخامس	
رقم الدفع الإلكتروني	