



برجاء ارسال هذه الصفحة على البريد الإلكتروني
MembershipEmail@bupa.com.sa
أو على فاكس رقم ٧٢٥ ٠٠٠ ٩٢٠

Please Email it to
MembershipEmail@bupa.com.sa
Or fax this page to 920 000 725

| | | |
|--|-----------|------------|
| Transaction effective date التاريخ المطلوب لتنفيذ العملية ملاحظة: Backdating transactions should not exceed 30 days period or 10 days onward يسمح بتنفيذ العمليات بأثر رجعي لا يزيد عن ٣٠ يوماً أو ١٠ أيام مقدّم | رقم العقد | اسم الشركة |
| Contract Number | | |
| Company Name | | |

ختم الشركة أو المؤسسة / اسم المخول وتوقيعه:
Company Stamp / Authorized name and signature:

Note:
The request will not be accepted if the Signature and Stamp on this form are not matched with the approved ones in our records.

ملاحظة:
لن يتم قبول الطلب في حال عدم تطابق التوقيع والختم مع التوقيع والأختام المدرجة في النموذج الخاص في سجلاتنا.

✓ (*) Mandatory Field. حقل إلزامي.

Stamp الختم Signature التوقيع

نوع العملية

الرجاء اختيار (تظليل) العملية المطلوبة:
جميع العمليات أدناه تتطلب أرفاق بعض الوثائق (الرجاء قراءة القواعد العامة في صفحة ٣ ورجعي قراءة الإرشادات الموضحة في الصفحات التالية لمعرفة طريقة تعبئة النموذج ومعاني الأرقام أدناه).

Please choose (fill in) one of the below transactions:
All the below options require additional documentation (refer to general rules in page 3).
For any assistance on how to fill out the form, please read the guidelines in the following pages.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Add new employee and dependent(s) | <input type="checkbox"/> إضافة موظف جديد وعائلته |
| <input type="checkbox"/> Add new born | <input type="checkbox"/> إضافة مولود جديد |
| <input type="checkbox"/> Add dependent(s) of an insured employee | <input type="checkbox"/> إضافة عائلة موظف مؤمن |
| <input type="checkbox"/> Replace card(s) (<input type="checkbox"/> lost <input type="checkbox"/> Data correction) <input type="checkbox"/> Employee <input type="checkbox"/> Dependents | <input type="checkbox"/> استبدال البطاقة (<input type="checkbox"/> بدل فاقد <input type="checkbox"/> تصحيح معلومات) <input type="checkbox"/> للموظف <input type="checkbox"/> للعائلة |
| <input type="checkbox"/> Member Profession <input type="checkbox"/> Member City <input type="checkbox"/> ID No. <input type="checkbox"/> ID Type <input type="checkbox"/> ID Expiry Date | <input type="checkbox"/> المهنة <input type="checkbox"/> المدينة <input type="checkbox"/> رقم الهوية <input type="checkbox"/> نوع الهوية <input type="checkbox"/> تاريخ انتهاء الهوية |
| <input type="checkbox"/> Date of Birth <input type="checkbox"/> Member Type/Relation | <input type="checkbox"/> تاريخ الميلاد <input type="checkbox"/> نوع العضو/العلاقة |
| <input type="checkbox"/> Re-activating | <input type="checkbox"/> إعادة تفعيل عضوية محذوفة |
| <input type="checkbox"/> Delete an employee (Dependents will be deleted automatically) <input type="checkbox"/> Saudi <input type="checkbox"/> Non Saudi | <input type="checkbox"/> إلغاء الموظف (سيتم إلغاء جميع المعالين) <input type="checkbox"/> سعودي <input type="checkbox"/> غير سعودي |
| <input type="checkbox"/> Delete a dependent(s) <input type="checkbox"/> Saudi/s <input type="checkbox"/> Non Saudi/s | <input type="checkbox"/> إلغاء عائلة موظف مؤمن <input type="checkbox"/> سعودي <input type="checkbox"/> غير سعودي |
| <input type="checkbox"/> Employee Upgrade or Downgrade (and dependents) | <input type="checkbox"/> تعديل درجة تغطية الموظف وعائلته |
| <input type="checkbox"/> Transfer to new Branch | <input type="checkbox"/> انتقال الموظف إلى فرع آخر |

بيانات الموظف

| | | | | |
|--|---|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| 1. *Current membership No. (skip if new member) رقم العضوية الحالي (غير مطلوب في حالة إضافة موظف جديد) | 2. *Gender الجنس | F أنثى | M ذكر | 3. Employee No. رقم الموظف |
| 4. *Name as per the ID (First - Middle - Last) الاسم حسب الإقامة / الهوية (الأول - الأوسط - اللقب) | | | | |
| 5. *Date of Birth (Gregorian) تاريخ الميلاد (بالميلادي) | 6. *Requested Level Cover درجة التغطية المطلوبة | DD / MM / YYYY | | |
| 7. *ID No. رقم الهوية | 8. *Sponsor ID رقم الكفيل | | 9. *Nationality الجنسية | |
| 10. *ID Type نوع الهوية | 11. *ID Expiry Date تاريخ انتهاء الهوية | | 12. *Marital Status الحالة الاجتماعية | |
| 13. *Branch Name اسم الفرع | 14. Reason السبب | | 15. Exit Date تاريخ الخروج | DD / MM / YYYY |
| 16. *Member Occupation المهنة (حسب الإقامة) | 17 *Member City المدينة | | 18. *Mobile No. رقم الجوال | |
| 19. *National Address العنوان الوطني | *Building No. رقم المبنى. | *Street Name. اسم الشارع. | *District Name. اسم الدائرة. | اسم الحي. |
| *City Name. اسم المدينة. | *Zip Code. الرمز البريدي. | *Additional No. الرمز الإضافي. | *Unit No. رقم الوحدة. | |

بيانات العائلة

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|------------------------|-------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------------|
| 20. Current membership no (skip if new member) رقم العضوية الحالي (غير مطلوب في حال إضافة جديدة) | 21. *Name as per the ID (First - Middle - Last) الاسم حسب الإقامة / الهوية (الأول - الأوسط - اللقب) | 22. *Date of Birth تاريخ الميلاد | 23. *ID No. رقم الهوية | 24. *ID Type نوع الهوية | 25. *ID Expiry Date تاريخ انتهاء الهوية | 26. *Marital Status الحالة الاجتماعية | 27. *Member City المدينة | 28. *Nationality الجنسية | 29. *Relationship صلة القرابة | 30. *Gender الجنس | 31. *Mobile No. رقم الجوال |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

I certify that the information given on this form and in any documents attached is correct, complete and accurate. I understand that the information provided by me may be verified and hereby consent to such verification activities. I also understand that providing false or misleading information may result in canceling the membership and may be grounds for any legal accountability.

إقرار: أقر بصحة جميع المعلومات الواردة أعلاه في هذا النموذج وأي وثيقة أخرى مرفقة بهن وإنني اتفق على مثل هذه الإجراءات وإدراك أن تقديم أي معلومات خاطئة أو مضللة سوف يؤدي إلى إلغاء العضوية وقد يمثل أساساً للمسئلة القانونية.

| | |
|--|--|
| <p>Guidelines: This section provides some guidelines on how to fill in page Depends on transaction type; you get to fill in the necessary information that satisfies our requirements. You can always call our membership team on 800 4400 555 for any clarifications during the working hours (9 am- 5 pm) Sun to Thu:</p> | <p>إرشادات تعبئة النموذج: ان قراءة هذه الإرشادات و اتباعها بدقة يمكنك من تعبئة الطلب بشكل صحيح ودقيق بما يتناسب مع متطلبات اتمام العملية المطلوبة. لأي استفسار يمكنك الاتصال على خدمات العضوية رقم ٨٠٠٤٤٠٠٥٥٥ خلال ساعات الدوام الرسمي (٩ صباحاً-٥ مساءً) من الأحد الى الخميس:</p> |
| <p>1. Transaction date, contract number and company name are mandatory fields and must always be provided, regardless of the transaction type.</p> | <p>١. لابد من تحديد رقم العقد واسم الشركة مع توضيح التاريخ المطلوب لتنفيذ العملية في جميع الطلبات أياً كان نوعها.</p> |
| <p>2. Please refer to the below schedule and make sure you fill all the fields corresponding to their numbers stated below:</p> | <p>٢. الرجاء الاطلاع على الجدول التالي للتأكد من تعبئة جميع الحقول المطلوبة لإتمام العملية بنجاح.</p> |

| Transaction type | Mandatory field number | Notes | ملاحظات | أرقام الحقول المطلوبة | نوع العملية |
|---------------------------------------|---|---|--|---|---------------------------------|
| Add new Employee and Dependents | Employee only: From 2 to 13 Then From 16-18 Employee and dependent: From 2 to 13 Then From 16-18 And From 19 to 30 | 3 only if applicable | ٣ في حال توفر ذلك | في حالة إضافة الموظف فقط: من ٢ إلى ١٣ ثم من ١٦ إلى ١٨ في حال إضافة العائلة والموظف: من ٢ إلى ١٣ ثم من ١٦ إلى ١٨ و من ١٩ إلى ٣٠ | إضافة موظف جديد وعائلته |
| Add new born | 1 - 4 - 7 - 8 Then From 20 - 30 | | | ٨ - ٧ - ٤ - ١ ثم من ٢٠ إلى ٣٠ | إضافة مولود جديد |
| Add dependents of an insured employee | 1 - 4 - 7 - 8 Then From 20 to 30 | | | ٨ - ٧ - ٤ - ١ ثم من ٢٠ إلى ٣٠ | إضافة عائلة موظف مؤمن |
| Replace cards | 1 - 4 - 14 | The fields from (2 to 18 for employees or from 20 to 30 for dependents) will be filled according to the reason. Example: if the reason is wrong Employee name, field number 2 must be filled | يتم تعبئة الحقول (من ٢ الى ١٨ للموظف أو من ٢٠ إلى ٣٠ للعائلة) بحسب السبب الموضح في الحقل ١٤ مثال: اذا كان السبب هو خطأ في اسم الموظف فيجب تعبئة الحقل رقم ٢ | ١٤ - ٤ - ١ | استبدال البطاقة |
| Re-activating | For Employee: 1 - 4 - 14 For Dependents: 1 - 4 - 14 then 19 - 20 | | | للموظف: ١٤ - ٤ - ١ للمعاليين: ٢٠ - ١٩ - ١٤ - ٤ - ١ | إعادة تفعيل عضوية محذوفة |
| Delete an employee | 1 - 4 - 14 - 15 | Dependents will be deleted automatically. | سيتم الغاء المعاليين تلقائياً | ١٤ - ٤ - ١ | حذف موظف |
| Delete Dependents | 14 - 15 then 19 - 20 | | | ١٤ - ١٥ ثم ١٩ - ٢٠ | الغاء عائلة موظف مؤمن |
| Employee upgrade or downgrade | 1 - 4 - 6 - 14 | | | ١٤ - ٦ - ٤ - ١ | تعديل درجة تغطية الموظف وعائلته |
| Transfer to a new branch | 1 - 4 - 13 | In field no. 13, only the new branch name must be provided. | يجب كتابة الفرع الجديد فقط (في خانة رقم ١٣) | ١٣ - ٤ - ١ | انتقال الموظف الى فرع آخر |

The below rules were designed in compliance with the Council of Cooperative health Insurance (CCHI) and Saudi Arabian Monetary Agency (SAMA):

القواعد أدناه وضعت لتتوافق مع اللائحة التنفيذية المعدلة لمجلس الضمان الصحي التعاوني ومؤسسة النقد العربي السعودي:

| | |
|---|---|
| <p>General rules:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bupa covers Saudi nationals and members who are having valid Iqama, valid resident visa and/or Business, Commercial / visa (Bupa Arabia pre-approval is mandated to accept Business, Commercial visa). | <p>قواعد عامة:</p> <ul style="list-style-type: none"> شركة بوبا تقوم بتغطية الاعضاء السعوديين والمقيمين الذين يحوزهم إقامة دائمة وسارية المفعول، أو يحملون تأشيرة إقامة سارية المفعول و/أو من يحملون تأشيرات زيارة تجارية (فقط في حال قامت بوبا العربية بالموافقة مسبقاً على قبول من يحملون تأشيرات زيارة تجارية و/أو زيارة عمل). |
| <ul style="list-style-type: none"> Contract does not include any relatives except husbands/wives and unmarried children (Male children up-to the age of 18 or 25 for the contracts starting from 01/07/2014). | <ul style="list-style-type: none"> لا يشمل العقد أي أقارب ما عدا الزوج/الزوجة والمعاليين الغير متزوجين (الأبناء الذكور حتى سن ١٨ سنة أو ٢٥ سنة للعقود التي تبدأ من تاريخ ٠١/٠٧/٢٠١٤م). |
| <ul style="list-style-type: none"> This application form is considered part of the signed contract and subject to the contract's terms and conditions. | <ul style="list-style-type: none"> يعتبر هذا الطلب مكملاً و جزء لا يتجزأ من العقد. |
| <ul style="list-style-type: none"> Substituting a member by another is not allowed. | <ul style="list-style-type: none"> لا يحق للعميل استبدال عضو بعضو آخر خلال فترة العقد. |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Customer shall immediately notify the company in writing of all employees and/or dependents to be covered by insurance the effective date of the policy, and company shall immediately calculate additional contribution payable for persons incorporate in the insured persons schedule on a proportional basis starting from date of their coverage. | <ul style="list-style-type: none"> على حامل الوثيقة أن يُعلن فوراً وخطياً للشركة عن كل الموظفين و/أو المُعالين المراد تغطيتهم بالتأمين بعد تاريخ ابتداء الوثيقة، وتقوم الشركة بحسب الاشتراك الإضافي الواجب أدائه فوراً عن الأشخاص الذين يتم إدراجهم في جدول الأشخاص المؤمن لهم وذلك على أساس تناسبي من تاريخ شمولهم بالتغطية. |
| <ul style="list-style-type: none"> The coverage of the employee who is actually on the job shall commence as from date of commencement stated in the policy - schedule, - and any person who joins work at a later date shall be covered as from date of joining work with customer or date of arrival in the Kingdom. | <ul style="list-style-type: none"> يبدأ نفاذ التغطية بالنسبة للموظف الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الإبتداء المحدد في جدول الوثيقة، وكل شخص يلتحق بالعمل في وقت لاحق سوف تبدأ تغطيته من تاريخ التحاقه بالعمل لدى حامل الوثيقة أو وصوله للمملكة. |
| <ul style="list-style-type: none"> The effective date of insurance coverage for dependents shall be the date of insuring the employee - who supports them - or the first date on which they enjoy the status of dependents. | <ul style="list-style-type: none"> يبدأ نفاذ التغطية التأمينية بالنسبة للمعالين من التاريخ الذي أصبح فيه الموظف والمسئول عن إعالتهم مؤتمناً عليه أو في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة معالين. |
| <ul style="list-style-type: none"> If customer submit request to enroll a member or dependent under the healthcare program, Bupa Arabia reserves the right to access the personal files and request any documentation may find it necessary to decide on the enrolment of any employee or dependent. This process will be discretionary and can be done randomly and/or on every case at the point of enrolment or at a later stage whenever Bupa Arabia identifies a need to do so. If at any stage Bupa Arabia concludes that there is an intension for abuse or enrolment circumstances indicates discrepancy in data provided, Bupa Arabia have the right to fully or partially reject to cover any service cost and can terminate membership immediately without any advance notice. | <ul style="list-style-type: none"> إذا ما قام العميل بإرسال طلب إضافة الموظف أو فرد تابع لأحد الموظفين تحت برنامج الرعاية الصحية، تحتفظ بوبا العربية بحقوقها في الحصول على المعلومات الشخصية وطلب أي مستندات تجدها ضرورية لقبول طلب الإضافة، هذا الإجراء سيكون تقديري ويمكن تطبيقه عشوائياً أو لكل حالة عند تقديم طلب الإضافة و/أو في مراحل لاحقة أينما تجد بوبا العربية وجود ضرورة لذلك. وعندما تجد بوبا العربية وجود تعمد لإساءة الاستخدام و/أو تضليل (تعارض) في البيانات المقدمة من قبل العميل لطلب الإضافة، فإن بوبا العربية تحتفظ بحقوقها في رفض تغطية كامل أو بعض تكاليف الخدمات الطبية المطلوبة أو إلغاء عضوية الموظف و/أو الأفراد التابعين للموظف/الأحد الموظفين دون إخطار مسبق. |
| <ul style="list-style-type: none"> Backdating transactions should not exceed 30 days period or 10 days onwards. | <ul style="list-style-type: none"> يسمح بتنفيذ العمليات بأثر رجعي لا يزيد عن ٣٠ يوماً أو ١٠ أيام مقدماً. |
| <ul style="list-style-type: none"> If a request was rejected due to missing document/s, please resubmit all the documents together with the reference number of the rejection | <ul style="list-style-type: none"> في حال تم رفض الطلب بسبب عدم توافر بعض المستندات المطلوبة، الرجاء إعادة إرسال جميع المستندات وذكر رقم المرجع/العملية. |
| <ul style="list-style-type: none"> Validating member details on CCHI system is based on the (ID No., Sponsor No., Gender, Year of Birth Nationality and Member Occupation as per Iqama for non-Saudi and GOSI for Saudis). Please make sure that these details are correct to avoid any CCHI rejection. | <ul style="list-style-type: none"> تتم آلية التحقق من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني من خلال (رقم الهوية، رقم الكفيل، الجنس، سنة الميلاد، الجنسية، المسمى الوظيفي كما هو مسجل في الإقامة/التأمينات الإجتماعية) لذا المرجو التأكد من صحة البيانات لتفادي الرفض من قبل المجلس. |
| <p>Terms and Conditions:</p> | <p>الشروط والأحكام:</p> |
| <p>A. Conditions of enrollment:</p> | <p>١. شروط الإضافة:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> The member should be an employee within the organization and holding Saudi ID/Iqama / valid working visa inside the Kingdom. | <ul style="list-style-type: none"> ان يكون المؤمن عليه موظفاً لدى الشركة أو المؤسسة ويحمل هوية وطنية/إقامة نظامية / تأشيرة عمل سارية في المملكة. |
| <ul style="list-style-type: none"> Attach a copy of the National ID card for Saudis or Iqama, Entry Visa Page, GCC citizens' passport, or diplomatic card for diplomats must be submitted for non-Saudis when submitting the request. | <ul style="list-style-type: none"> ارفاق صورة من الهوية الوطنية للسعوديين أو الإقامة أو تأشيرة الدخول أو جواز السفر لمواطني دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية أو البطاقة الدبلوماسية للدبلوماسيين، للموظفين و الأبناء عند تقديم الطلب. |
| <ul style="list-style-type: none"> As per CCHI regulations, customer should enroll any employee within 10 days of their company joining date. | <ul style="list-style-type: none"> وفقاً لقوانين مجلس الضمان الصحي يجب إضافة الموظف خلال ١٠ أيام من تاريخ الالتحاق بالعمل. |
| <ul style="list-style-type: none"> Attach a copy of the passport if the applicant has newly arrived to KSA. | <ul style="list-style-type: none"> ارفاق صورة من جواز السفر في حال كان الموظف يحمل تأشيرة دخول. |
| <ul style="list-style-type: none"> As per CCHI regulations, all dependents should be covered as per the CCHI policy. | <ul style="list-style-type: none"> حسب تعليمات مجلس الضمان الصحي التعاوني، يجب إضافة جميع المعالين حسب ما تنص عليه وثيقة المجلس. |
| <ul style="list-style-type: none"> Attach a copy of the birth certificate or hospital birth report when enrolling new born babies. If the newborn age is 3 months or more, copy of the Iqama/Birth Certificate (For Saudis) must be submitted. | <ul style="list-style-type: none"> ارفاق صورة من شهادة الميلاد أو تبليغ الولادة عند إضافة المواليد الجدد، وفي حال أن عمر الطفل أكثر من ٣ أشهر يجب إرفاق صورة الإقامة/شهادة الميلاد (للسعوديين). |
| <ul style="list-style-type: none"> All newborn babies must be enrolled from their date of birth, according to CCHI Rules and Regulations. In case of enrolling a newborn baby with date of birth due to an expired contract, the newborn will be enrolled from the effective date of the new/renewed contract. | <ul style="list-style-type: none"> يجب إضافة المواليد الجدد من تاريخ الميلاد حسب شروط مجلس الضمان الصحي التعاوني، وفي حالة إضافة مولود يعود تاريخ ميلاده إلى عقد منتهي، سيتم إضافة المولود من تاريخ بداية العقد الجديد (المجدد). |
| <ul style="list-style-type: none"> In case of late additions for more than 28 days from the contract inception date, please note that we will only accept the additions of the following cases: | <ul style="list-style-type: none"> في حال تأخر إضافة المعالين لأكثر من ٢٨ يوم من تاريخ بداية العقد فلن يتم قبول طلبات الإضافة إلا في الحالات التالية: |
| <ul style="list-style-type: none"> Newly married (Saudis or non-Saudis) will be required to provide copy of the marriage certificate. | <ul style="list-style-type: none"> الأزواج/الزوجات الجدد سواء السعوديين أو غير السعوديين (يلزم تزويدهما بصورة من عقد النكاح) |
| <ul style="list-style-type: none"> Non-Saudi spouses newly entered to KSA are required to provide copy of the passport along with copy of the entry stamp page. | <ul style="list-style-type: none"> الأزواج/الزوجات الغير سعوديين والقادمين حديثاً للمملكة (يلزم تزويدهما بصورة من جواز السفر وختم الدخول) |
| <ul style="list-style-type: none"> Please note that the addition request will be accepted only if the request submitted within 3 months from marriage/entry date to KSA. | <ul style="list-style-type: none"> نرجو ملاحظة أن المدة القصوى لقبول طلبات الإضافة هو ٣ أشهر من تاريخ عقد النكاح و/أو الدخول إلى المملكة. |
| <ul style="list-style-type: none"> Pursuant to the Saudi Ministry of Labor Regulations, the employee and/or worker must work for their sponsors only, and if the employee and/or worker is in the process of transferring his/her sponsorship to you, please note that the employee and/or worker will not be added until the completion of the sponsor transfer process is completed. | <ul style="list-style-type: none"> تطبيقاً لأنظمة العمل في المملكة العربية السعودية، يجب ان يعمل الموظف و/أو العامل المقيم لدى كفيله فقط، وفي حال كان الموظف و/أو العامل في صدد انتقال كفالته اليكم، فنرجو ملاحظة أنه لن يتم إضافة العامل إلا بعد إكمال إجراءات نقل الكفالة. |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> The medical declaration form must be submitted if mentioned in the signed contract (Note: Each medical declaration form should not contain more than 1 employee and/or his dependent/s) with updated Medical Report, additionally for Saudi employees must submit the GOSI Certificate. | <ul style="list-style-type: none"> يجب إرفاق نموذج الإفصاح للعقود التي تنص على ذلك (ملاحظة: كل نموذج إفصاح طبي يخص موظف واحد مع أسرته) وفي حال وجود حالة طبية يجب إرفاق تقرير طبي حديث، بالإضافة إلى صورة شهادة تسجيل التأمينات الإجتماعية (للموظفين السعوديين فقط). |
| <ul style="list-style-type: none"> Valid Iqama numbers must be provided for dependents, which differ from the main member's Iqama number (Employee in this case). | <ul style="list-style-type: none"> يجب تزويد أرقام الإقامة الخاصة بالمعالين والتي تختلف عن الموظف (المعيل) |
| <p>B. Conditions of card replacement (Data/Gender correction- lost):</p> | <p>٢. شروط استبدال البطاقة (بدل فاقد - تصحيح المعلومات/الجنس):</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> For date of birth and name amendments, a copy of the member's National ID card for Saudis or Iqama, GCC citizens' passport, or diplomatic card for diplomats must be submitted for non-Saudis. | <ul style="list-style-type: none"> عند طلب تعديل الاسم، تاريخ الميلاد أو الجنس، يجب إرفاق صورة من الهوية الوطنية للسعوديين أو الإقامة أو جواز السفر لمواطني دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية أو البطاقة الدبلوماسية للدبلوماسيين. |
| <ul style="list-style-type: none"> For Saudi ID, Iqama or sponsor ID number amendments, a copy of the member's National ID card for Saudis or Iqama, GCC citizens' passport, or diplomatic card for diplomats must be submitted for non-Saudis. | <ul style="list-style-type: none"> عند طلب تعديل رقم الهوية الوطنية أو الإقامة أو رقم الكفيل، يجب إرفاق صوره من الهوية الوطنية للسعوديين، الإقامة، جواز السفر لمواطني دول مجلس التعاون الخليجي أو البطاقة الدبلوماسية للدبلوماسيين. |
| <ul style="list-style-type: none"> Note: Iqama does not present the sponsorship number so a proof of sponsorship must be provided. | <ul style="list-style-type: none"> ملاحظة: الإقامة لا توضح رقم الكفيل لذا يجب إرفاق ما يثبت رقم الكفيل. |
| <p>C. Conditions of re-instating:</p> | <p>٣. شروط إعادة تفعيل عضوية ملغاة:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> A letter justifying the reason for reinstating the member. | <ul style="list-style-type: none"> خطاب يبين سبب إعادة التفعيل. |
| <ul style="list-style-type: none"> Medical declaration form signed and stamped by the GS. | <ul style="list-style-type: none"> نموذج الإفصاح الطبي موقع ومختوم من الشخص المخول في الشركة. |
| <p>Members were terminated for more than 30 days or those terminated in an expired contract cannot be reinstated, they should have fresh re-enrollment and the previous membership No. should be provided.</p> | <ul style="list-style-type: none"> لا يمكن إعادة تفعيل عضوية ملغية لأكثر من ٣٠ يوم أو تم الغائها في عقد منتهي وفي هذه الحالة يجب إعادة إضافة العضو مع تسجيل رقم العضوية السابقة. |
| <p>D. Conditions of deletion:</p> | <p>٤. شروط الالغاء:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Copy of the resignation/termination letter must be submitted for Saudis. | <ul style="list-style-type: none"> صورة من خطاب الاستقالة/الفصل إذا كان المؤمن عليه يحمل الجنسية السعودية. |
| <p>In case of expatriate members, they will be only deleted according to the below:</p> | <p>وفي حال كان المؤمن عليه من غير السعوديين، فسيتم الإلغاء في الحالات التالية:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Final exit (a copy exit visa must be submitted) and stamped by the exit port or proof of final exit from "Muqeeem" website. | <ul style="list-style-type: none"> الخروج النهائي، (إرفاق صورة من تأشيرة الخروج النهائي) محتومة بختم المنفذ أو إثبات الخروج النهائي الصادر من موقع " مقيم". |
| <ul style="list-style-type: none"> Exit no return (a copy of Attestation of no return must be submitted "Mashhad Adam Awdah"). | <ul style="list-style-type: none"> إذا تخلف المقيم عن العودة، (ارفاق صورة من مشهد عدم العودة الصادر من الجوازات). |
| <ul style="list-style-type: none"> Transfer of sponsorship "Kafala Transfer" (Submit copy of the new Iqama along with proof of another valid insurance from an approved insurance company by the CCHI). | <ul style="list-style-type: none"> نقل الكفالة، (ارفاق صور من الإقامة الجديدة مع تقديم ما يثبت وجود تأمين آخر ساري المفعول من شركة مؤهلة من مجلس الضمان الصحي التعاوني). |
| <ul style="list-style-type: none"> Death (copy of death certificate or death report must be submitted). | <ul style="list-style-type: none"> في حالة الوفاة، (ارفاق صورة من شهادة الوفاة). |
| <ul style="list-style-type: none"> Deletion process will only take place, upon the date of receiving of the insurance cards/ membership cards of the terminated employees. | <ul style="list-style-type: none"> سوف يتم تنفيذ عملية الالغاء للأشخاص المؤمن عليهم فقط اعتباراً من تاريخ استلام الشركة لبطاقات التأمين. |
| <ul style="list-style-type: none"> Reference to the decision of the Council of Cooperative Health Insurance session No. 72 dated on 4-3-1430H - 1-3-2009 on how to handle workers whom ran away from their sponsors; it has been decided that health insurance company are not allowed to terminated the policies of these workers and they should remain active till it expires. | <ul style="list-style-type: none"> إيماء إلى قرارات المجلس في جلسته رقم ٧٢ والمنعقدة بتاريخ ١٤٣٠/٣/٤هـ بشأن كيفية التعامل مع العامل المتغيب (الهارب)، فقد تقرر أنه لا يحق لشركة التأمين الغاء وثيقة التأمين الصحي للعامل المتغيب (الهارب) في حال هروبه لحين انتهاء مدة الوثيقة الجارية. |
| <p>E. Conditions of upgrade or downgrade:</p> | <p>٥. شروط تعديل الدرجة أو الفئة</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> When requesting a scheme upgrade, a copy of the promotion letter must be attached (signed and stamped). | <ul style="list-style-type: none"> عند طلب ترقية التغطية التأمينية لدرجة أعلى، يجب إرفاق صورة من خطاب الترقية (موقعاً و مختوماً من الشخص المسؤول لدى الشركة). |
| <ul style="list-style-type: none"> When requesting a scheme downgrade, a copy of a letter justifying the downgrade must be attached. (Signed and stamped). | <ul style="list-style-type: none"> عند طلب تغيير درجة التغطية إلى درجة أقل، يجب إرفاق خطاب يوضح سبب التعديل (موقعاً و مختوماً من الشخص المسؤول لدى الشركة). |