

Deletion Form نموذج إلغاء

To : Malath Cooperative Insurance & Reinsurance Company

الى: شركة ملاذ للتأمين وإعادة التأمين التعاوني

This is to confirm our request for Deleting the following employee(s)/dependent(s) from our medical policy as per the following details:

Company Name: اسم المنشأة		Policy Number: رقم الوثيقة		Request Date: تاريخ الطلب	
Staff # متسلسل	Name الاسم	Medical Insurance ID # رقم بطاقة التأمين	Effective Date (dd/mm/yyyy) تاريخ الإلغاء		Reason/ Justification مسيببات الإلغاء

We confirm that above member(s) details are as per our company records and we take full responsibility for any claim related to above member (s) incurred after the above effective Deletion Date.
نتعهد بأن معلومات الأعضاء المذكورين أعلاه حسب سجلات الشركة, ونتعهد بدفع مبالغ أي مطالبات طبية تتعلق بالأعضاء المذكورين أعلاه تحدث بعد تاريخ الإلغاء المنفق عليه

Company Representative Name: _____ ; Position: _____ ; Signature, Date & Stamp: _____
اسم ممثل المنشأة المنصب التوقيع / التاريخ و الختم

Requirements: (Please tick the fields)	المتطلبات الرئيسية (الرجاء اختيار الحقل)
<input type="checkbox"/> Original Medical Card Issued by Malath	<input type="checkbox"/> بطاقات التأمين الصادرة من قبل شركة ملاذ
<input type="checkbox"/> If original insurance card is missing then policyholder must provide written undertaking (signed and stamped) to Malath that they shall be responsible to pay any expense incurred under said health insurance ID card after deletion date .	<input type="checkbox"/> في حال فقدان بطاقة التأمين الأصلية فعلى حامل الوثيقة تزويد شركة ملاذ بتعهد خطي (موقع ومختوم) بتحمل دفع تكاليف البطاقة المفقودة بعد تاريخ الإلغاء .
<input type="checkbox"/> Other following documents (as applicable):	<input type="checkbox"/> احدى الخيارات التالية :
<input type="checkbox"/> Evidence that the person has left the Kingdom (for final exit members)	<input type="checkbox"/> شهادة المغادرة النهائية (خروج نهائي من المملكة)
<input type="checkbox"/> Evidence of other insurance coverage (for transfer of sponsorship)	<input type="checkbox"/> وجود تغطية تأمينية لدى شركة تأمين أخرى (تغير الكفيل)
<input type="checkbox"/> Proof of No-Re-entry of member returning to Kingdom.	<input type="checkbox"/> إثبات عدم عودة العضو المقرر عودته للمملكة
<input type="checkbox"/> Resignation letter / Termination Letter/ Death Certificate	<input type="checkbox"/> خطاب استقالة / إنهاء خدمات / شهادة وفاة

Dependents can only be deleted with the Employee, or in case of dependent's final exit, exceeding age limit, divorce, and study outside KSA.
يمكن إلغاء أي من المعالين / العوائل فقط في حالات الخروج النهائي من المملكة ، تعدي السن القانوني ، الطلاق ، الدراسة خارج المملكة

For Malath Use Only:

Source Name	Received Date	Processed By:	Completion Date:
-------------	---------------	---------------	------------------