

سياسة تنظيم الانتقال بين وثائق التأمين الصحي
للمستفيدين

Policy for Regulating the Transition Between Health
Insurance Policies for Beneficiaries

DD/MM/YYYY (G)

DD/MM/YYYY (H)

Table Of Contents

الفهرس

Chapter One: Preamble	الفصل الأول: التمهيد
The Regulatory Basis	الأساس النظامي
Introduction	المقدمة
Purpose	الهدف
Scope	النطاق
Chapter Two: Definitions	الفصل الثاني: التعريفات
Chapter Three: General Provision and Transfer Conditions between Insurance Coverages	الفصل الثالث: الأحكام العامة وشروط الانتقال بين التغطيات التأمينية
General Provision to Regulate Insurance Coverage	الأحكام العامة لتنظيم التغطيات التأمينية
Regulations of Transferring Insurance Coverage between Employers	تنظيم انتقال التغطية التأمينية بين جهات العمل
Handling Cases of Coverage Expiration or Termination of the Contractual Relationship	معالجة حالات انتهاء التغطية أو انتهاء العلاقة التعاقدية
Transition Mechanism and Procedures	آلية الانتقال والإجراءات
Chapter Four: Organizing Responsibilities Among the Parties in Cases of Alternative Insurance Coverage	الفصل الرابع: تنظيم المسؤوليات بين الأطراف في حالات التغطية التأمينية البديلة
Responsibilities of the Primary Employer	التزامات صاحب العمل الأساسي
Responsibilities of the Alternative Employer	التزامات صاحب العمل البديل
Responsibilities of the Beneficiary	التزامات المستفيد
Chapter Five: Policy implementation	الفصل الخامس: آلية تنفيذ السياسة
Chapter Six: Final Provisions	الفصل السادس: أحكام ختامية
Interpretation	التفسير والتأويل
Enforcement and Accreditation	النفاد والسرطان
Legal procedures if non-compliance with this policy	الإجراءات النظامية في حال عدم الالتزام بهذه السياسة
Communication Channels with the Council	قنوات التواصل مع المجلس

Chapter One: Preamble

1. The Regulatory Basis

This policy is an extension of the following regulatory and legislative instruments:

1. The Cooperative Health Insurance Law issued by Royal Decree No. (M/10) dated 01/05/1420H.
2. The Implementing Regulations of the Cooperative Health Insurance Law approved by Ministerial Resolution No. (9/35/1/D) dated 13/04/1435H.
3. Board Resolution No. (7/129/7/25) dated 09/03/2025, which includes updates on addressing the challenges of insurance duplication.
4. The Beneficiaries' Protection Regulation approved in Council Session No. (117) dated 07/11/2021.
5. The Unified Health Insurance Policy approved by Ministerial Resolution No. (1131) dated 29/10/1443H.

2. Introduction

This policy establishes the regulatory framework and mechanisms to govern the transition of beneficiaries between health insurance coverages in the event they are eligible for more than one policy, either as an employee or as a dependent under the coverage of a family member (e.g., spouse or parent).

3. Purpose

This policy aims to regulate the mechanism in which the beneficiary selects their primary insurance coverage when eligible to more than one active health insurance policy, which would help in:

- Prevent duplication of health insurance coverage.
- Improve cost-efficiency in the private health insurance sector.
- Ensure optimal management and allocation of available insurance coverage.
- Guarantee that beneficiaries and their families receive appropriate health coverage.

4. Scope

This policy applies to all categories covered under the Cooperative Health Insurance Law, in accordance with Article (2) of its Implementing Regulations.

الفصل الأول: التمهيد

1. الأساس النظامي

تُعد هذه السياسة امتداداً للأحكام النظامية والتنظيمية التالية:

- نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 1420/05/01هـ.
- اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني المعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (9/35/1/ض) وتاريخ 1435/04/13هـ وتعديلاتها.
- قرار مجلس الإدارة رقم (25/7/129/7) وتاريخ 2025/03/09م، المتضمن تحديث معالجة تحديات ازدواجية التأمين.
- لائحة حماية مستفيدي الضمان الصحي المعتمدة في جلسة المجلس رقم (117) وتاريخ 2021/11/07م.
- وثيقة الضمان الصحي الأساسية المعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (1131) وتاريخ 29/10/1443هـ.

2. المقدمة

تضع هذه السياسة الإطار التنظيمي والآلية المعتمدة لحوكمة انتقال المستفيد بين التغطيات الصحية في حال استحقاقه لأكثر من وثيقة تأمين صحي، سواء بصفته كعامل أو صفته معالاً في وثيقة تأمينية صادرة عن جهة عمل أحد أفراد أسرته مثل الزوج أو الزوجة أو أحد الوالدين.

3. الهدف

- تهدف هذه السياسة إلى تنظيم آلية اختيار المستفيد لمصدر التغطية التأمينية الأساسي في حال استحقاقه لأكثر من وثيقة تأمين صحي، بما يسهم في:
- الحد من ازدواجية التغطية التأمينية.
 - تعزيز كفاءة الإنفاق في قطاع التأمين الصحي الخاص.
 - تحسين إدارة التغطيات التأمينية المتاحة وتوزيعها بفعالية بين المستفيدين.
 - ضمان حصول المستفيدين على التغطية المناسبة لهم ولأفراد أسرهم.

4. النطاق

تسري أحكام هذه السياسة على جميع الفئات المشمولة بنظام الضمان الصحي التعاوني، وفقاً للمادة (2) من لائحته التنفيذية.

Chapter Two: Definitions

The terms and expressions mentioned herein shall have the meanings ascribed thereto hereunder, and expressions that are not defined herein shall have the same meanings ascribed thereto in the Law or the Implementing Regulations:

Kingdom: Kingdom of Saudi Arabia.

Council (CHI): Council of Health Insurance.

The Secretariat General: The General Secretariat of the Council

Law: The Cooperative Health Insurance law.

Implementing Regulations: The implementing Regulations of the Cooperative Health Insurance law.

Insurance Company: An insurance company licensed to operate in the Kingdom.

Employer: The natural person or legal person who employs one or more employees.

Primary Employer: An employer with a direct contractual relationship with the beneficiary, responsible for providing the mandated insurance coverage.

Alternative Employer: An employer who provides coverage to the beneficiary as a dependent.

Beneficiary or Insured Person: A person entitled to health insurance coverage under the applicable law and regulations.

Employee: A natural person working under the management or supervision of an employer for remuneration.

Dependent: A spouse, male children up to the age of 25, unmarried daughters, and orphans under the care of beneficiary families.

Provider: The person whose policy includes one or more dependents

PolicyHolder: The natural or legal person under whose name the policy is issued.

Policy: Basic Health Insurance Policy and its supplements.

Policy Termination: The cessation of a policy's validity, whether by expiry or at the request of a party in accordance with CHI regulations.

No Objection Letter: A form submitted by the beneficiary to CHI, requesting coverage transition with the consent of the alternative employer.

الفصل الثاني: التعريفات

يكون للألفاظ والعبارات الواردة في هذه السياسة المعاني الموضحة أمام كل منها، ما لم يقتض السياق خلاف ذلك. ويكون للعبارات التي لم يتم تعريفها ذات المعاني الموضحة لكل منها في اللائحة التنفيذية:

المملكة: المملكة العربية السعودية.

المجلس: مجلس الضمان الصحي.

الأمانة العامة: الأمانة العامة للمجلس.

النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني

اللائحة التنفيذية: اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني.

شركة التأمين: شركة التأمين المرخص لها بالعمل في المملكة.

صاحب العمل: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يستخدم عاملاً أو أكثر.

صاحب العمل الأساسي: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يرتبط بعلاقة عمل مباشرة بالمستفيد، وهو المسؤول عن توفير التغطية التأمينية الإلزامية له.

صاحب العمل البديل: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يوفر التغطية تأمينية للمستفيد بصفته معالماً.

المستفيد أو المؤمن له: الشخص الذي تقرر له التغطية التأمينية بموجب أحكام النظام واللائحة التنفيذية.

العامل: كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته أو إشرافه، مقابل أجر، ولو كان بعيداً عن نظارته.

المعال (التابع): الزوج أو الزوجة، والأبناء الذكور حتى سن الخامسة والعشرين، والبنات غير المتزوجات، بالإضافة إلى الأيتام المحتضنين لدى الأسر الكافلة المشمولين بالتأمين الصحي الإلزامي.

العائل: الشخص المؤمن عليه الذي يغطي معه أحد المعالين بموجب وثيقته التأمينية

حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي صدرت الوثيقة التأمينية باسمه.

الوثيقة: وثيقة الضمان الصحي الأساسية وملحقاتها.

إلغاء أو انتهاء الوثيقة: يشير إلى توقف سريان وثيقة التأمين الصحي، سواءً بانتهاء مدتها النظامية أو بطلب أحد الأطراف المعنية وفقاً للضوابط المعتمدة لدى مجلس الضمان الصحي، مما يؤدي إلى إنهاء التغطية التأمينية للمستفيد. نموذج عدم الممانعة: نموذج يتم تقديمه للمجلس من قبل المستفيد متضمناً طلب انتقاله من تغطية تأمينية إلى أخرى بموافقة جهة العمل للتغطية البديلة.

Health Insurance: Insurance provided by licensed cooperative insurance companies in accordance with applicable laws.

Insurance Coverage: The basic health benefits available to a beneficiary as outlined in the policy.

Benefit: The cost of health services included within the policy's coverage limits.

Dual Coverage: The existence of more than one active health insurance policy for the same beneficiary during the same period.

Insurance Continuity: Maintaining uninterrupted insurance coverage when transitioning between policies.

Chapter Three: General Provision and Transfer Conditions between Insurance Coverages

1-General Provision to Regulate Insurance Coverage

- It is not permitted to hold two active health insurance coverages simultaneously. Such a case is considered dual coverage, and the beneficiary is therefore required to select only one active insurance policy.
- The beneficiary—or their dependents—may, if covered under more than one valid health insurance policy, submit a request to designate one policy as the primary coverage and cancel the alternative, in accordance with the approved transition mechanism.
- If the alternative coverage is selected, it must be issued in line with applicable regulations and must provide benefits that are not less than the minimum benefits set forth in the Unified Health Insurance Policy.
- In the case of multiple active policies for an unemployed dependent (e.g., coverage provided by both parents), the coverage provided by the father's employer shall be adopted, unless the mother's employer explicitly agrees to include the dependent.

2- Regulations of Transferring Insurance Coverage between Employers

- A beneficiary may not transition from one insurance policy to another without obtaining explicit approval from the alternative employer (i.e., the new policyholder), in accordance with the rules and procedures approved by the Council of Health Insurance.

التأمين الصحي: التأمين الصحي الذي يقرره النظام ولائحته التنفيذية، وتمارسه شركات التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة وفقاً لنظام مراقبة شركات التأمين.

التغطية التأمينية: المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة بالوثيقة.

المنفعة: نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.

إزدواجية التأمين (التغطية المزدوجة): وجود أكثر من وثيقة تأمين صحي سارية تغطي نفس المستفيد خلال نفس الفترة الزمنية، سواء كانت التغطية بصفته عاملاً أو بصفته معالاً في وثيقة صادرة عن جهة أخرى.

الاستمرارية التأمينية: ضمان بقاء التغطية التأمينية للمستفيد دون انقطاع عند الانتقال من وثيقة تأمين إلى أخرى، بما يضمن استمرارية الحصول على الخدمات الصحية.

الفصل الثالث: الأحكام العامة وشروط الانتقال بين التغطيات التأمينية

1. الأحكام العامة لتنظيم التغطيات التأمينية

- لا يجوز الجمع بين تغطيتين تأمينيتين في آن واحد، ويُعد ذلك من حالات ازدواجية التأمين. وعليه يلتزم المستفيد باختيار تغطية تأمينية واحدة فقط.
- يحق للمستفيد، أو من يعوله، في حال شموله بأكثر من وثيقة تأمين صحي سارية، أن يتقدم بطلب لاختيار إحدى التغطيات كتغطية أساسية، وإلغاء التغطية البديلة، وذلك من خلال اتباع آلية الانتقال المعتمدة.
- في حال اختيار التغطية البديلة، يجب أن تكون صادرة وفق الضوابط النظامية، ولا تقل في منافعها عن الحد الأدنى المحدد في وثيقة الضمان الصحي الأساسية.
- في حال وجود أكثر من وثيقة لمعال غير الموظف (مثل تغطية من الأب والأم)، يُعتمد التأمين الصادر عن جهة عمل الأب، إلا إذا صدرت موافقة من جهة عمل الأم على إضافة المعال.

2- تنظيم انتقال التغطية التأمينية بين جهات العمل

- لا يُسمح للمستفيد بالانتقال من وثيقة تأمين إلى أخرى إلا بعد الحصول على موافقة صريحة من صاحب العمل البديل (حامل الوثيقة الجديدة)، وفقاً للضوابط والإجراءات المعتمدة لدى مجلس الضمان الصحي.

- Once the beneficiary is officially covered under a new policy issued by the alternative employer, the primary employer shall be relieved from the legal obligations of providing insurance coverage during the effective period of the alternative policy—unless the policy is terminated early without prior notice or renewal.
- The beneficiary may not return to the coverage provided by the primary employer while the alternative policy remains valid, unless otherwise permitted by the Council.
- Transition requests shall not be accepted if the alternative policy is set to expire within thirty (30) calendar days from the submission date.

3- Transition Mechanism and Procedures

1. Submitting the Application

- The beneficiary, or their authorized representative, shall submit a request to select the alternative coverage as a “dependent” through the official platform approved by the Council.
- The following documents must be attached:
 - No Objection Letter from the alternative employer, in accordance with the approved template (Appendix 1).
 - Current insurance policy details, including policy number and issuing entity.
 - A declaration from the beneficiary confirming their choice of the alternative coverage and full waiver of the current policy.

2. Review by the Alternative Employer:

- The alternative employer shall review the request, verify the completeness of requirements, and assign the appropriate dependent category for the beneficiary within their policy.
- Upon approval, the beneficiary shall be added, and the coverage shall be activated accordingly.

3. Notification to the Primary Employer:

- Once the alternative policy is approved, the primary employer shall be automatically notified through the platform, along with the effective start date of the new coverage.
- The primary employer is required to remove the beneficiary from their policy as of the start date of the alternative coverage.

- عند انتقال المستفيد فعلياً إلى تغطية تأمينية جديدة عبر وثيقة صادرة عن صاحب العمل البديل، يُعفى صاحب العمل الأساسي من الالتزامات النظامية المتعلقة بتوفير التغطية التأمينية خلال فترة سريان الوثيقة البديلة، ما لم يتم إنهاؤها قبل موعدها دون إشعار أو طلب تجديد.
- لا يجوز للمستفيد العودة إلى وثيقة صاحب العمل الأساسي خلال فترة سريان وثيقة صاحب العمل البديل، إلا في الحالات النظامية التي يقرها المجلس.
- لا يُقبل طلب الانتقال إلى وثيقة صاحب العمل البديل إذا كانت صلاحية الوثيقة البديلة تنتهي خلال ثلاثين (30) يوماً أو أقل من تاريخ تقديم الطلب.

3- آلية الانتقال والإجراءات:

- 1- تقديم الطلب:
 - يتقدم المستفيد، أو من ينوب عنه، بطلب لاختيار التغطية التأمينية كـ “معال” عبر المنصة المعتمدة لدى مجلس الضمان الصحي.
 - يُرفق بالطلب المستندات التالية:
 - نموذج عدم ممانعة من صاحب العمل البديل وفق النموذج المعتمد (ملحق 1).
 - بيانات وثيقة التأمين (الحالية)، متضمنة رقم الوثيقة وجهة إصدارها.
 - إقرار من المستفيد يفيد باختياره التغطية البديلة وتنازله الكامل عن التغطية الحالية.
- 2- مراجعة الطلب من صاحب العمل البديل:
 - يقوم صاحب العمل البديل بمراجعة الطلب والتأكد من استيفاء المتطلبات، وتحديد الفئة المناسبة لتغطية المستفيد كـ “معال” ضمن وثيقته التأمينية.
 - في حال الموافقة، يتم اعتماد الطلب وإضافة المستفيد، وتُفعّل التغطية التأمينية.
- 3- إشعار صاحب العمل الأساسي:
 - بعد اعتماد التغطية البديلة، يتم إشعار صاحب العمل الأساسي تلقائياً عبر المنصة بأن المستفيد أصبح مغطى ضمن وثيقة بديلة، مع تحديد تاريخ بداية التغطية.
 - يلتزم صاحب العمل الأساسي بحذف المستفيد من تغطيته التأمينية اعتباراً من تاريخ سريان الوثيقة البديلة.

4- Handling Cases of Coverage Expiration or Termination of the Contractual Relationship

- The beneficiary must notify the primary employer at least thirty (30) calendar days prior to the expiration of the alternative policy or the termination of the contractual relationship upon which it is based. In cases of sudden dismissal or unexpected termination, the notification must be submitted immediately upon occurrence.
- Upon receiving the notification, the primary employer shall take the necessary steps to reinstate the beneficiary under its insurance coverage within a period not exceeding ten (10) business days from the date of notification, to ensure uninterrupted coverage.
- If the beneficiary fails to provide such notification within the specified period, the primary employer remains responsible for reinstating coverage starting from the date the alternative policy expired.

Reinstatement shall not occur automatically and requires the beneficiary to submit an official request through the channels approved by the Council.

Chapter Four: Organizing Responsibilities Among the Parties in Cases of Alternative Insurance Coverage

1-Responsibilities of the Primary Employer

- The beneficiary's insurance responsibility lies on the primary employer unless an alternative coverage following the Basic Health Insurance Policy or has better benefits or features was approved.
- It is prohibited for the primary employer to stop the current coverage or removes the beneficiary until verifying the following:
 - The beneficiary applies to transfer coverage to an alternative policy.
 - Clear approval from the alternative employer.
 - The alternative policy is active in the system and meets the minimum regulatory benefits.
- The insurance coverage continuance for all workers is the primary employer's regulatory responsibility, and has to verify the presence of an active alternative policy and meets the regulations before stopping the primary coverage.

2-Responsibilities of the Alternative Employer

4- معالجة حالات انتهاء التغطية أو انتهاء العلاقة التعاقدية

- يلتزم المستفيد بإشعار صاحب العمل الأساسي قبل ثلاثين (30) يومًا من تاريخ انتهاء الوثيقة البديلة أو انتهاء العلاقة التعاقدية، وفي حالات الفصل أو إنهاء الخدمة يجب الإشعار فور تحقق الواقعة.
- عند تلقي الإشعار، يتعين على صاحب العمل الأساسي اتخاذ ما يلزم لإعادة إدراج المستفيد ضمن تغطيته التأمينية خلال مدة لا تتجاوز عشرة (10) أيام عمل من تاريخ الإشعار، بما يضمن استمرارية التغطية دون انقطاع.
- في حال عدم إشعار المستفيد خلال المدة النظامية، يظل صاحب العمل الأساسي مسؤولًا عن إعادة التغطية من تاريخ انتهاء الوثيقة البديلة. لا تتم إعادة التغطية تلقائيًا، ويُشترط تقديم طلب رسمي من المستفيد عبر القنوات المعتمدة لدى المجلس.

الفصل الرابع: تنظيم المسؤوليات بين الأطراف في حالات التغطية التأمينية البديلة

1-التزامات صاحب العمل الأساسي

- تبقى مسؤولية التأمين على المستفيد قائمة على صاحب العمل الأساسي ما لم يتم اعتماد تغطية بديلة مستوفية لمتطلبات وثيقة الضمان الصحي الأساسية أو تفوقها من حيث المنافع والمزايا.
- لا يجوز لصاحب العمل الأساسي إنهاء التغطية الحالية أو حذف المستفيد منها إلا بعد تحقق ما يلي:
 - تقديم المستفيد لطلب نقل التغطية إلى وثيقة بديلة.
 - وجود موافقة صريحة من صاحب العمل البديل.
 - تفعيل التغطية البديلة في النظام، مع استيفائها للحد الأدنى من المنافع النظامية.
- يُعد ضمان استمرارية التغطية التأمينية لجميع العاملين مسؤولية نظامية على صاحب العمل. ويجب التأكد من وجود وثيقة بديلة سارية ومطابقة قبل إيقاف التغطية الأساسية.

2-التزامات صاحب العمل البديل

- The alternative employer is obligated, when approving the coverage transfer application, to enroll the beneficiary within their insurance policy in no more than ten (10) workdays of the approval date, according to the regulations and mechanisms at CHI.
- It is prohibited to remove a beneficiary from the policy except in the following regulatory situations:
 - End of contractual relationship
 - Cancelling the policy or expiration without renewal.
 - Death of the beneficiary.
 - Transfer of the coverage to another employer and activating the alternative coverage.
 - Any other situations listed in the executive regulations or the Basic Health Insurance Policy.
- In case the alternative employer did not notify the beneficiary of not renewing before thirty (30) days of the coverage expiration, the employer is responsible to continue the beneficiary's coverage until they are re-enrolled to the primary's coverage, and within the approved coverage regulations.

3-Responsibilities of the Beneficiary

The focus of the beneficiary responsibilities lies in taking necessary procedures to ensure the continuation of the insurance coverage, by notifying and following the required steps, according to the following:

- To provide an official application to transfer to the alternative employer's insurance coverage through the approved channels at CHI and complete the No Objection Letter from the alternative employer.
- To renew the transfer application or to order re-enrollment at the primary employer's insurance when the alternative insurance ends or cancelled.
- Notify the primary employer in the following situations:
 - Before thirty (30) days from the expiration date of the alternative insurance.
 - Before thirty (30) days of the expiration date of contractual relationship for dependents in-case they were labeled as such.

- يلتزم صاحب العمل البديل، في حال الموافقة على طلب نقل التغطية، بإدراج المستفيد ضمن وثيقته التأمينية خلال مدة لا تتجاوز عشرة (10) أيام عمل من تاريخ الموافقة، وذلك وفق الإجراءات والنماذج المعتمدة لدى مجلس الضمان الصحي.
- لا يجوز حذف المستفيد من وثيقة التأمين إلا في الحالات النظامية التالية:
 - انتهاء العلاقة التعاقدية.
 - إلغاء الوثيقة أو انتهاء مدتها دون تجديد.
 - وفاة المستفيد.
 - انتقال التغطية إلى جهة عمل أخرى مع تفعيل التغطية البديلة.
 - أية حالات أخرى تنص عليها اللائحة التنفيذية أو وثيقة الضمان الصحي الأساسية.
- في حال عدم قيام صاحب العمل البديل بإشعار المستفيد بعدم التجديد قبل ثلاثين (30) يومًا من تاريخ انتهاء التغطية، يتحمل مسؤولية ضمان استمرارية تغطية المستفيد حتى تاريخ إعادة الإدراج ضمن تغطية صاحب العمل الأساسي، وذلك ضمن حدود التغطية النظامية المعتمدة

3-التزامات المستفيد

تتركز مسؤولية المستفيد في اتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان استمرارية تغطيته التأمينية من خلال تقديم الإشعارات والطلبات المطلوبة، وفقًا لما يلي:

- التقدم بطلب رسمي للانتقال إلى وثيقة التأمين الخاصة بصاحب العمل البديل عبر القنوات المعتمدة لدى مجلس الضمان الصحي، مع استكمال نموذج عدم الممانعة الصادر من صاحب العمل البديل.
- تجديد طلب النقل أو تقديم طلب إعادة الإدراج لدى صاحب العمل الأساسي عند انتهاء التغطية البديلة أو إلغائها.
- إشعار صاحب العمل الأساسي في الحالات التالية:
 - قبل ثلاثين (30) يومًا من تاريخ انتهاء وثيقة التأمين البديلة.
 - قبل ثلاثين (30) يومًا من تاريخ انتهاء العلاقة التعاقدية للعائل في حال التغطية بوصفه معالًا.
 - فور تحقق الواقعة في الحالات العاجلة التي لا تتطلب إشعارًا مسبقًا، مثل الفصل أو إنهاء الخدمة المفاجئ للعائل لدى جهة العمل البديلة.

- When an urgent situation happens that does not require advance notice, like expulsion or sudden end-of-service for the dependents of the alternative employer.

Chapter Five: Policy Implementation

- This policy is executed within the regulations and approved forms from the CHI, which the General Secretariat publishes and updates regularly.
- All parties are required to follow this policy, which includes employers, beneficiaries and insurance companies, with the approved mechanisms by the CHI, either electronically or paper-based, as decided by the CHI then.
- The CHI has the right to release detailed or procedural instructions to support application of this policy, which includes implementation efficiency and assessing collaboration between relevant parties.

Chapter Six: Final Provisions

1. Interpretation

- If there is difference in meaning between the Arabic version and the English version, the Arabic version is the definitive version.
- Unless the context requires otherwise or otherwise expressly stipulated, any reference to this document and any amendments that may occur to it or to other relevant regulations.

2. Enforcement and Accreditation

- The policy is valid as the date of its approval by the Secretary-General of the Council, and it may not be modified except by a decision issued by him.
- The policy is reviewed and updated one year after its approval according to the requirements of the public interest, the integrity of application procedures, and the updating of relevant regulations and legislation, without making the effectiveness of these updates dependent on updating this policy.

3. Legal procedures if non-compliance with this policy

In case of non-compliance with this policy, the regulatory procedures outlined in the Health Insurance System and its executive regulations will be applied.

4. Communication Channels with the Council

The employer or beneficiary can contact the council for inquiries or submit complaints through the following official channels:

- Email: info@chi.gov.sa
- Phone number: 19977
- Visit the website: CHI.gov.sa

الفصل الخامس: آلية تنفيذ السياسة

- تُنفذ هذه السياسة وفق الإجراءات والنماذج المعتمدة من مجلس الضمان الصحي، والتي تُصدرها الأمانة العامة وتُحدّثها بشكل دوري.
- تلتزم جميع الجهات المعنية بتطبيق هذه السياسة، بما يشمل أصحاب العمل والمستفيدين وشركات التأمين، وفق الآليات المعتمدة لدى المجلس، سواء إلكترونياً أو ورقياً، حسب ما يحدده المجلس في حينه.
- للمجلس إصدار تعليمات تفصيلية أو إجرائية لدعم تطبيق هذه السياسة، بما يضمن كفاءة التنفيذ وتكامل الأدوار بين الأطراف المعنية.

الفصل السادس: أحكام ختامية

1. التفسير والتأويل

- في حال وجود اختلاف في المعنى بين النسخة العربية والنسخة الانجليزية. النسخة العربية تسود.
- ما لم يقتضي السياق خلاف ذلك أو تم النص على خلافه صراحةً، فإن أي إشارة إلى هذه الوثيقة تشمل أي تعديلات قد تطرأ عليها أو على الأنظمة الأخرى ذات العلاقة.

2. النفاذ والسريان

- تعد هذه السياسة سارية اعتباراً من تاريخ اعتمادها من الأمين العام للمجلس، ولا يجوز تعديلها أو الإضافة عليها إلا بقرار يصدر منه.
- يتم مراجعة هذه السياسة وتحديثها بعد مرور سنة من اعتمادها بما يتوافق مع مقتضيات المصلحة العامة وسلامة إجراءات التطبيق وتحديث الأنظمة والتشريعات ذات العلاقة دون أن يُعلق نفاذ تلك التحديثات على تحديث هذه السياسة.

3. الإجراءات النظامية في حال عدم الالتزام بهذه السياسة

في حال عدم الالتزام بهذه السياسة سيتم تطبيق الإجراءات النظامية المنصوص عليها في نظام الضمان الصحي ولائحته التنفيذية.

4. قنوات التواصل مع المجلس

يُمكن لصاحب العمل أو المستفيد التواصل مع المجلس للحصول على الاستفسارات أو تقديم الشكاوى عبر القنوات الرسمية التالية:

- البريد الإلكتروني: info@chi.gov.sa
- رقم الهاتف: 19977
- زيارة الموقع الإلكتروني: CHI.gov.sa

Appendix (1) No Objection Letter Template (Employer for the Dependent)

ملحق (1): نموذج خطاب عدم ممانعة (صاحب العمل البديل)

بيانات صاحب العمل			
اسم المنشأة: Name of the institution:	المدينة: City:	الرقم الوطني الموحد: National Identifier No:	رقم وثيقة التأمين الصحي: Policy Number

بيانات العامل			
الاسم: Name:	رقم الهوية/ الإقامة: ID/Iqama No.:	رقم التواصل: Mobile No.:	الجنسية: National:
توقيع: Signature:			

بيانات المستفيدين المراد إضافتهم:				
#	الاسم: Name:	رقم الهوية/ الإقامة: ID/Iqama No.:	رقم التواصل: Mobile No.:	الجنسية: National:
1				
2				
3				

بالإشارة إلى طلب العامل لإضافة المستفيدين الموضحة بياناتهم أعلاه إلى وثيقة التأمين الخاصة به، نؤكد بصفتنا صاحب العمل أنه لا مانع من تنفيذ الإجراء وفقاً للنظام المتبع. وأنه سيتم إضافة المستفيدين في الوثيقة بعد إكمال النموذج لضمان استمرارية التغطية الصحية دون انقطاع.

With reference to the employee's request to add the beneficiaries whose details are provided above to his insurance policy, we confirm, in our capacity as the employer, that there is no objection to proceeding with the action in accordance with the established system. The beneficiaries will be added to the policy after the form is completed to ensure the continuity of health coverage without interruption.

اسم الممثل: Representative's Name:	المسمى الوظيفي Job Position	توقيع و ختم المنشأة Signature and Company Stamp:	التاريخ: Date:

وفي حال وجود استفسارات تأمل التواصل على البريد الإلكتروني

For inquiries, please contact us at

ملحق (2): آلية الانتقال والإجراءات

