

التعاونية

أنشئت شركة التعاونية للتأمين (التعاونية) بموجب المرسوم الملكي رقم م/5 وتاريخ 1405/4/17هـ، وتم تسجيلها بتاريخ 1986/1/18م بموجب السجل التجاري رقم 1010061695 كشركة مساهمة سعودية، ويبلغ رأسمالها المدفوع 1,250 مليون ريال.

بفضل رأسمالها هذا، وبتحقيقها أقساط تأمين بلغت أكثر من 8.4 مليار ريال في عام 2017م، تعد التعاونية أكبر شركة تأمين في المملكة العربية السعودية.تزاول الشركة أعمال التأمين وفقاً لمفهوم التأمين التعاوني المجاز شرعاً بموجب قرار هيئة كبار العلماء. وبمقتضى هذا المفهوم وبحسب نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني، تعيد الشركة جزءاً من الفائض الناتج عن عملياتها التأمينية إلى حملة الوثائق، إضافة إلى التعويضات التي تدفعها للعلماء المتضررين من الأخطار المغطاة في حالة تحققها وذلك نظير أقساط سنوية محددة.

أهمية التأمين الطبي لك ولعائلتك

الصحة ثروة إذا استثمرت في صالحها فإنك تجني حياة هانئة، وهي تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى. لذلك من الضروري أن تخطط جيداً لضمان حصولك أنت وجميع أفراد عائلتك على رعاية صحية شاملة ومتميزة. ولتفادي تكاليف العلاج الطبي التي ترتفع يوماً بعد يوم، فإن برامج «عائلتني» للتأمين الطبي توفر لك خدمات الرعاية الصحية الشاملة في أكبر المستشفيات والمراكز الصحية بالمملكة مقابل سداد قسط سنوي في متناول يدك. عند حصولك على أحد هذه البرامج تأكد أننا سنكرس جهودنا للتأكد من أنك وعائلتك تحظون بالرعاية الصحية التي تستحقونها.

برامج «عائلتني» للتأمين الطبي

صممت التعاونية أربعة برامج للتأمين الطبي هي عائلتني الفضي، وعائلتني الذهبي، وعائلتني البلاتيني، وعائلتني الماسي.

تتنوع تغطيات هذه البرامج وتوفر خدمات الرعاية الصحية بالعيادات الخارجية والتنويم بحدود تغطية سنوية للفرد الواحد تتراوح ما بين 30,000 ريال سعودي و 250,000 ريال سعودي.

يتيح هذا التنوع في حدود التغطية الفرصة للمواطنين للحصول على أي من هذه البرامج التي تتناسب مع قدراتهم المالية.

الآن أصبحت الرعاية الصحية المتميزة متاحة لجميع فئات المجتمع السعودي ويمكنكم الاستفادة من مزاياها أنتم وجميع أفراد أسرکم.

مزايا برامج «عائلتني» للتأمين الطبي

- تغطية تأمينية شاملة لدى أكبر شبكة من مزودي الخدمة بالمملكة يصل عددها إلى أكثر من 1500 مزود خدمة.
- لأول مرة يمكن سداد اشتراك التأمين بالتقسيط على دفعات شهرية بدون رسوم إضافية عند استخدام البطاقة الائتمانية من البنوك المعتمدة.
- يغطي الأمراض المزمنة كالضغط والسكر من الشهر الأول للبرنامج.
- يغطي مصاريف الحمل والولادة بمجرد سريان التغطية ودون فترة انتظار.
- يقدم رداً فورياً على الموافقات الطبية.
- يجنبك المفاجآت في تكاليف العلاج.
- يتيح رأياً طبياً بديلاً لضمان سلامة التشخيص في الحالات الحرجة.
- يوفر المساعدة على مدار الساعة عن طريق الهاتف 9200 19990.

الشروط

- يجب أن تشمل التغطية جميع أفراد العائلة بلا استثناء.
- تبدأ الاستفادة من التأمين بعد 30 يوماً من سداد القسط.
- لا يسمح بالإضافة خلال سريان الوثيقة ما عدا الأطفال حديثي الولادة أو الزوجة في حالة الزواج الحديث.
- تغطية الأبناء الذكور بحد أقصى للعمر 25 عاماً فقط.
- تغطية الإناث (غير المتزوجات، المطلقات، الأرامل) بحد أقصى للعمر 70 عاماً.
- تغطية كبار السن بحد أقصى 70 عاماً.
- نسبة التحمل 20 % لكل مطالبة بالعيادات الخارجية أو التنويم.

للحصول على برامج «عائلتني»

بعد تعبئة طلب التأمين المتاح على موقع الشركة الإلكتروني أو في مكاتب الشركة وبعد سداد القسط عن طريق سداد أو بطاقتك الائتمانية يتم إصدار وثيقة التأمين الطبي لك ولعائلتك.

ستمنحك التعاونية ولكل مستفيد من هذا التأمين بطاقات التأمين الطبي التي تتيح لكم الحصول على الرعاية الصحية المتفق عليها لدى المراكز الطبية المعتمدة دون سداد قيمة العلاج (باستثناء ما نصت عليه الوثيقة). حيث سيحول مقدم الخدمة فاتورة العلاج إلى الشركة لسدادها.

وفي حالة الطوارئ فقط يمكنك الحصول على العلاج الطبي اللازم من أقرب مركز طبي إليك وسداد قيمة العلاج. وسوف تعوضك الشركة عن المصروفات التي سددتها لذلك المركز حسب الأسعار السائدة في المملكة بعد تقديم المستندات اللازمة.

جدول المنافع

المنفعة	عائلتني الفضي	عائلتني الذهبي	عائلتني البلاتيني	عائلتني الماسي
نوع التغطية	التنويم والعيادات الخارجية	التنويم والعيادات الخارجية	التنويم والعيادات الخارجية	التنويم والعيادات الخارجية
الحدود الجغرافية للتغطية <ul style="list-style-type: none">داخل المملكة العربية السعودية خارج المملكة العربية السعودية	مغطى غير مغطى	مغطى غير مغطى	مغطى غير مغطى	مغطى مغطى*
الحد الأقصى لكل شخص خلال مدة التأمين	30,000 رس	50,000 رس	100,000 رس	250,000 رس
الإقامة والإعاشة في اليوم لدى المراكز الطبية والمستشفيات المعتمدة	غرفة مشتركة	غرفة مشتركة	غرفة خاصة	غرفة خاصة
الإقامة والإعاشة في اليوم لدى المراكز الطبية والمستشفيات غير المعتمدة (الحالات الطارئة فقط)	350 رس	350 رس	600 رس	600 رس
أتعاب الاستشارة للزيارة الواحدة لدى المراكز الطبية والمستشفيات المعتمدة	75 رس	100 رس	150 رس	200 رس
الحد الأقصى لعلاج الحالات المرضية الموجودة سابقاً للشخص الواحد خلال مدة التأمين (بدون فترة انتظار)	30,000 رس	50,000 رس	100,000 رس	250,000 رس
خدمات سيارات الإسعاف	مغطى	مغطى	مغطى	مغطى
الختان للمواليد الجدد (ذكور)	مغطى	مغطى	مغطى	مغطى
تخريم الأذن للمواليد الجدد (إناث)	مغطى	مغطى	مغطى	مغطى
التطعيم للأطفال حسب برنامج التطعيم لوزارة الصحة	مغطى	مغطى	مغطى	مغطى
العلاج الطبيعي	مغطى حتى 12 جلسة	مغطى حتى 12 جلسة	مغطى حتى 12 جلسة	مغطى حتى 12 جلسة
الوسائل والمعدات المساعدة على السمع	1,000 رس	1,000 رس	1,000 رس	1,000 رس
الحد الأقصى لكل شخص لمعالجة الأسنان خلال مدة التأمين (التغطية الأساسية فقط)	1,000 رس	1,500 رس	2,000 رس	3,000 رس
منفعة البصريات للشخص الواحد خلال مدة التأمين (العدسات الطبية مرة واحدة خلال مدة التأمين)	200 رس	300 رس	500 رس	1,000 رس
الحد الأقصى للزوجة في السنة لمصاريف الولادة الطبيعية والقيصرية والأجهاض الشرعي	5,000 رس	7,000 رس	10,000 رس	15,000 رس
عناية ما قبل وما بعد الولادة ومصاريف الحمل	مغطى	مغطى	مغطى	مغطى
الاقطاع/التحمل (لجميع المنافع) <ul style="list-style-type: none">لكل مطالبة (عيادات خارجية) لكل مطالبة (تنويم)	20% 20%	20% 20%	20% 20%	20% 20%
شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين (خيارات)	الذهبية	الذهبية	الذهبية	الذهبية

*** التغطية الجغرافية:** لبرنامج عائلتني الماسي داخل المملكة العربية السعودية. وكذلك خارجها في الحالات الطارئة اثناء الاجازات او رحلات العمل بحيث لا تتعدى 60 يوماً في السنة خاضعة لنسبة مشاركة 20%.



TAW-122-32-01-06-12 / 1/2019\VI.MD-Z2

إقرار

- أقر وأوافق بالأصالة عن نفسي وبالإبابة عن المعالين من قبلي والمذكورين في هذا الطلب على ما يلي:
1. أنه على حد علمي واعتقادي، فإن المعلومات المعطاة في هذا الطلب سواء بخطي أم لا هي صحيحة وكاملة، وأنني لم أحرف أو أختصم أي حقيقة جوهرية (الحقيقة الجوهرية هي تلك التي يحتمل أن تؤثر في قرار التعاونية بقبول أو تقييم هذا الطلب، وإذا كان هناك شك في أن حقيقة ما جوهرية أم لا فيجب عندها الإفصاح عنها).
 2. أنه لن يكون هناك التزام على الشركة بموجب الوثيقة التي قد تصدر، بالتعويض عن أي مصاريف طبية متكبدة عندما لا تكون مغطاة أو تتجاوز حدود الوثيقة، وسأكون مسؤولاً عن تعويض الشركة عن أي من تلك المصاريف.
 3. أنني أخول بهذا الإقرار أي ممثل للشركة بفحص وتدقيق السجلات الطبية لدى طبيب أو مستشفى أو مركز طبي والمتعلقة بأي شخص مسمى في هذا الطلب.
 4. إنني أدرك أن تقديم هذا الطلب لا يلزمني بإجراء التأمين كما أنه لا يلزم الشركة بقبوله، لكنه من المتفق عليه أن هذا الطلب سيكون أساس التعاقد في حال إصدار وثيقة التأمين.
 5. إنني أدرك أن التغطية التأمينية يسري مفعولها بعد 30 يوماً من تاريخ دفع الاشتراك للشركة واستلامها له.
 6. أنني لا أعمل في القطاع الخاص حيث أن هذه الوثيقة لا تتوافق مع متطلبات مجلس الضمان الصحي، فهي مصممة لغير العاملين بالقطاع الخاص.
 7. أوافق على أن هذا الطلب والإقرار لا ينطبقان إلا في الحدود والتغطية المذكورين في وثيقة عائلي و جدول المنافع، وبموجب أحكام وشروط حساب التأمين التعاوني يتعين لنا ما يتعين للمشاركين الآخرين وعلينا من الالتزامات ما عليهم، ونوافق على إعتبار الاشتراك تعاون لحساب التأمين التعاوني ونوكل الشركة بإدارته كوكيل عنا مقابل رسوم وكالة.

- في حال طلب استرداد المصاريف الطبية للحالات الطارئة لدى المراكز غير المعتمدة، يجب تسليم الفواتير والتقارير الطبية الأصلية الخاصة بهذه الحالات في مدة أقصاها 30 يوماً من تاريخ الزيارة المرضية كما هو محدد في الوثيقة وأن التعويض سيتم حسب الأسعار السائدة والمعقولة في المملكة.
- أقوض التعاونية بقيد مبلغ _____ ريال سعودي الذي يمثل قيمة الاشتراك وذلك على بطاقتي الائتمانية الموضح تفاصيلها أعلاه.

توقيع طالب التأمين: _____ التاريخ: _____

لاستعمال التعاونية فقط

الاسم: _____ الرمز: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

* تخضع منتجات التأمين التي توفرها شركة التعاونية للتأمين لضريبة القيمة المضافة، فيما عدا تأمين الحياة (التكافل)، حيث تضاف نسبة 5% للأقساط والرسوم الإدارية لجميع الوثائق الصادرة ابتداءً من 1 يناير 2018.



9200 19990
www.tawuniya.com.sa
/ tawuniya
حمل تطبيق التعاونية

بيانات التاريخ الصحي

الرجاء الإجابة عن الأسئلة التالية، مع العلم بأنه في حال عدم كتابة الحقائق الطبية كاملة فإنه يحق للشركة أن تلغي التغطية التأمينية الخاصة بحامل الوثيقة و/أو المؤمن عليه (المستفيد) فوراً، كما يحق للشركة مطالبة حامل الوثيقة و/أو المؤمن عليه (المستفيد) بجميع المصاريف المتعلقة بالتغطية التأمينية سواء بشكل مباشر أو غير مباشر:

1. هل سبق وأن كان أي من المطلوب التأمين عليهم (المستفيدين) منوماً في أي مستشفى أو مركز طبي خلال الأشهر العشرة الماضية؟
 نعم لا
 2. هل سبق وأن تم تشخيص أي من المطلوب التأمين عليهم (المستفيدين) بأي حالة أو مرض مزمن أو حاد أو خطير؟ على سبيل المثال لا الحصر: أمراض القلب، الربو، تصلب الشرايين، ضغط الدم، ارتفاع نسبة الكوليسترول، أمراض الأوعية الدموية، مرض السكر، السرطان، أمراض الغدد، العاقبة الذهنية، المرض النفسي، الإعاقة أو العجز، فشل وظائف (القلب، الكلى، الكبد، الجهاز التنفسي)، أمراض القناة المرارية والحوصلة الصفراوية، البروستاتا، المثانة، الجهاز البولي، الجهاز التناسلي، أمراض العضلات، النخاع الشوكي، الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي، أمراض الفك والبلعوم واللوزتين، أمراض الدم، أمراض العظام، تغيير المفاصل وجراحات العمود الفقري، التشوه الخلقي، وغيرها.
 نعم لا
 3. هل زوجة/زوجات أي من المطلوب التأمين عليهم (المستفيدين) حامل؟ (في حالة إضافة الزوجات)
 نعم لا
- إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة الثلاثة السابقة بـ "نعم"، يرجى تعبئة البيانات في الجدول التالي، علماً بأن التعاونية قد تقوم بمراجعة الملف الطبي للمطلوب التأمين عليه (المستفيد) ومن ثم تقوم بإجراء فحص طبي شامل له/ لها على حساب حامل الوثيقة، وذلك لتحديد قيمة اشتراك التأمين المناسب للمطلوب التأمين عليه (المستفيد).

اسم المريض	وصف المرض/ العجز	سنة وقوع المرض/ العجز	اسم المستشفى (القطاع الخاص)	الوضع الصحي الحالي فيما يتعلق بهذا المرض/ العجز	رقم ملف المستشفى

يرجى تزويدنا بأية معلومات أخرى لم تذكر أعلاه ولكنها تعتبر ذات صلة بهذا الطلب.

4. هل هناك معلومات أخرى يتطلب مبدأ حسن النية الكشف عنها؟
 نعم لا
إذا كانت الإجابة عن هذا السؤال بـ "نعم"، فالرجاء الإيضاح: _____

بيانات بطاقة الائتمان

نوع البطاقة: AMERICAN EXPRESS MasterCard VISA

رقم البطاقة: _____

تاريخ الانتهاء: الشهر _____ السنة _____

ملاحظة: يجب أن تكون بطاقة الائتمان باسم صاحب الطلب.

البيانات الشخصية لطالب التأمين

الاسم الكامل: _____ رقم الهوية: _____

تاريخ الميلاد: _____ جهة العمل: _____

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الاجتماعية: _____ المهنة: _____

بيانات الاتصال

بريد واصل

المنطقة: _____ المدينة: _____

الحي: _____ الشارع: _____

رقم المبنى: _____ رقم الوحدة: _____

الرمز البريدي: _____ الرمز الإضافي: _____

البريد العادي

المدينة: _____ ص.ب: _____ الرمز البريدي: _____

الجوال: _____ البريد الإلكتروني: _____

بيانات التغطية التأمينية

مدة التأمين: من: _____ / _____ / _____ إلى: _____ / _____ / _____ ملحوظة: يبدأ سريان التأمين بعد 30 يوماً من تاريخ سداد العميل للقسط بالكامل.

اختر برنامج التغطية التأمينية المطلوب: برنامج عائلي الفضي برنامج عائلي الذهبي
 برنامج عائلي البلاتيني برنامج عائلي الماسي

المعالون المطلوب ضمهم في البرنامج: _____

الرجاء كتابة الأسماء باللغة الإنجليزية أدناه بالحروف كما تود أن تظهر على البطاقة بحيث لا يزيد كل اسم عن 26 حرفاً.

الاسم الكامل	يرجى العلاقة بطالب التأمين	تاريخ الميلاد / اليوم/ الشهر/ السنة	الاشتراك السنوي
		/ /	ريال سعودي
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

* يجب أن يشمل التأمين جميع أفراد العائلة دون استثناء.

** يجب إرفاق صورة دفتر العائلة.

هل كان لديك تأمين صحي سابق من التعاونية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء ذكر رقم الوثيقة وبعض التفاصيل: _____