

اسم النموذج: تعديل بيانات تأمين صحي**إضافة أو إلغاء أو تعديل درجة أو انسحاب من التأمين الصحي أو إيقاف التأمين المضاف لعام ٢٠١٩**

أسم المشترك:	درجة التأمين: رقم البطاقة:
الرقم الوظيفي:	مكان العمل:
حالة الموظف: ١- على رأس عمله	٢- مستقيل/ منتهية خدماته

التوقيع التاريخ

يرجى الموافقة على إجراء التعديلات التالية على بيانات اشتراكي بالتأمين الصحي لعام:

1- إلغاء تأمين منفع:

- أ- اسم (المنفع) : رقم البطاقة
- ب- اسم (المنفع) : رقم البطاقة
- ج- اسم (المنفع) : رقم البطاقة

2- إضافة منفع جديد:

- أ- اسم (المنفع) : رقم البطاقة
- رقمه الوطني :
- تاريخ ميلاده :

3- تعديل درجة التأمين من الدرجة إلى الدرجة**4- تغيير نوع التأمين من التأمين إلى التأمين****5- انسحاب من التأمين الصحي.**

لاستعمال الشعبة الإدارية:

التوقيع

لاستعمال الشعبة المالية:

التوقيع

توقيع المدير:

التاريخ: