|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نموذج**  **تجديد الاشتراك بالتأمين الصحي**  **..........................................** | **رقم السياسة** | XXX-00-00-00 |
| **رقم وتاريخ الإصدار** |  |
| **رقم وتاريخ المراجعة أو التعديل** |  |
| **رقم قرار اعتماد مجلس العمداء** |  |
| **تاريخ قرار اعتماد مجلس العمداء** |  |
| **عدد الصفحات** | 00 |

**تعديل بيانات تأمين صحي**

**(إضافة أو إلغاء أوتعديل درجة أو إنسحاب من التأمين الصحي أوايقاف التأمين المضاعف) لعـام............**

|  |  |
| --- | --- |
| إسم المشترك: | درجة التأمين:......... نوع التأمين:............. |
| الرقم الوظيفي: | مكان العمـل: ..................................... |
| حالة الموظف: 1- على رأس عمله ............... | 2- مستقيل/ منتهية خدماته ........................ |

التوقيع ........................ التاريخ ......................

توقيع مسؤول الشعبة الإدارية .................

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

**1- إلغـــــــــاء تأمين منتفع**:

أ - اسم (المنتفع ) : ..............................................

ب- اسم (المنتفع ) : .............................................

ج- اسم (المنتفع ) : .............................................

2- **إضافــــــــة منتفع جديد**:

أ- اسم (المنتفع ) : .............................................

رقمه الوطني : ..................... تاريخ ميلاد : .........................

ب- اسم (المنتفع ) : .............................................

رقمه الوطني : ..................... تاريخ ميلاد : .........................

ج- اسم (المنتفع ) : .............................................

رقمه الوطني : ..................... تاريخ ميلاد : .........................

-3**تعديل درجة التأمين من الدرجة ................ إلى الدرجة............................**

-4**تغيير نوع التأمين من التأمين**

**................ إلى التأمين...........................**

-5**إنسحـــــــــاب من التأمين الصحي**