



HID-01-01-02	رقم النموذج	نموذج تجديد الاشتراك بالتأمين الصحي
2/3/24/2022/2963 5/12/2022	رقم وتاريخ الإصدار	
2/(23/3/2023)	رقم وتاريخ المراجعة أو التعديل	
16/2023	رقم قرار اعتماد مجلس العمداء	
27/4/2023	تاريخ قرار اعتماد مجلس العمداء	
00	عدد الصفحات	

تعديل بيانات تأمين صحي

(إضافة أو إلغاء أو تعديل درجة أو انسحاب من التأمين الصحي أو إيقاف التأمين المضاعف) لعام.....

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

التوقيع

التاريخ

توقيع مسؤول الشعبة الإدارية

يرجى الموافقة على إجراء التعديلات التالية على بيانات اشتراك التأمين الصحي لعام:

- **إلغاء تأمين منتفع: 1**

أ - اسم (المنتفع) :

ب- اسم (المنتفع) :

ج- اسم (المنتفع) :

د - اسم (المنتفع) :

- **إضافة منتفع جديد: 2**

أ- اسم (المنتفع) : رقمه الوطني : تاريخ ميلاد :

ب- اسم (المنتفع) : رقمه الوطني : تاريخ ميلاد :

ج- اسم (المنتفع) : رقمه الوطني : تاريخ ميلاد :

د- اسم (المنتفع) : رقمه الوطني : تاريخ ميلاد :

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

4- **تغيير نوع التأمين من التأمين**

..... إلى التأمين.....

5- **إسحاب من التأمين الصحي**

