AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT

Benefits Office | مكتب المنافع

نظام التأمين الصحي

طلـــب تغييـــــر

ان نظام التأمين الصحي ينص على ان: "أي تغييرفي الوضع العائلي مثل الزواج وولادة طفل جديد او تبني أو توقف التغطية بالنسبة لأي مستفيد وما الى ذلك، يجب الابلاغ عنه خطيا الى مكتب المنافع في فترة لا تتجاوز الـ21 يوما من تاريخ حصول التغير في هذا الوضع ليصار الى الاستفادة من تقديمات النظام او اجراء أي تعديل آخر يقتضي التغيير. وفي هذه الحالات فأن قيمة الاشتراك (المعدل) و/أو الإستفادة من التقديمات تبدأ من تاريخ حصول التغيير. وفي حال انقضاء فترة الـ21 يوما فإن الإنتساب والتغطية تكون متوافرة، إذا طلبت خطيا، ولكن فقط إبتداء من شهر تشرين الأول الذي يلي". بناء على ذلك أرجو تبديل الإشتراك في مشروع تأمين الإستشفاء بسبب التغيير في الوضع العائلي و/أو التغيير في الدرجة وفقا لأنظمة المشروع الموضوعة.

اسم العائلة _____ الاسم الأول _____ رقم الموظف المالي _____

الدائرة _____ الوظيفة _____ تاريخ دخول الخدمة _____

أولا: تغيير درجة الإستشفاء:
(ضع إشارة على أحدها)

من الدرجة: الأولى [ ] الثانية [ ]

إلى الدرجة: الأولى [ ] الثانية [ ]

ثانيا: التبديل المطلوب: إلغاء [ ] إضافة [ ] (مرفق ربطا المستندات المطلوبة)
(ضع إشارة على أحدها)

الإسم (افراد العائلة ما عدا الاولاد الراشدين)	**تاريخ الولادة اليوم الشهر السنة**	**الجنس**	**ملاحظات**
(اولاد المشترك الراشدون)			

التاريخ _____ الإمضاء: _____