

نظام التأمين الصحي

طلب تغيير

ان نظام التأمين الصحي ينص على ان: "أي تغيير في 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 الـ ٢١ يوما من تاريخ حصول التغيير في هذا الوضع ليصار الى الاستفادة من تقديرات النظام او اجراء أي تعديل آخر يقتضي التغيير. وفي هذه الحالات فإن قيمة الاشتراك (المعدل) و/أو الإستفادة من التقديرات تبدأ من تاريخ حصول التغيير. وفي حال انقضاء فترة الـ ٢١ 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 الموضوع.

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

التاريخ _____ الإمضاء: _____