AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT

مكتب المنافع | Benefits Office

نظام التأمين الصحي

طلب انتساب

الاسم (العائلة)	(الاسم الأول)	(اسم الوالد)	رقم الموظف المالي

الدائرة	الوظيفة	تاريخ الدخول في الخدمة

أرجو قبول إنتسابي لعضوية نظام التأمين الصحي وفقا لانظمته الموضوعة والتي تسلمت نسخة عنها – مع العلم انني أطلب الضمانات التالية:

أولا: درجة الاستشفاء:

(ضع إشارة على أحدها) [ ] الأولى [ ] الثانية

ثانيا: الضمانة المطلوبة:

(ضع إشارة على أحدها)

[ ] المشترك
[ ] المشترك مع ولد واحد
[ ] المشترك مع ولدين
[ ] المشترك مع ثلاثة أولاد أو أكثر
[ ] المشترك وزوجه
[ ] المشترك وزوجه مع ولد واحد
[ ] المشترك وزوجه مع ولدين أو اكثر

ثالثا: الضمانة الاختيارية:

(ضع الإشارة المطلوبة) [ ]اشتراك الأولاد الراشدين

أسماء الأعضاء المطلوب ضمانهم ما عدا اسم المشترك

الاســم	تاريخ الولادة			الجنس	الوضع الشخصي		
	اليوم	الشهر	السنة		تلميذ	يعمل	لا يعمل
أولاد المشترك الراشدون							

أفوض حضرة مراقب الشؤون المالية في الجامعة الاميركية ان يقتطع من رواتبي الرسوم الشهرية المستحقة عن هذا الاشتراك على ان تستمر جميع الضمانات المدونة أعلاه ما دمت أعمل في الجامعة دوام كامل لمدة تزيد عن الثلاثة أشهر أو نصف دوام أو أكثر لمدة تزيد عن تسعة أشهر. اما إذا طرأ أي تغيير في وضعي العائلي أو أردت تبديل درجة الضمانة أو إلغاءها أو غير ذلك، فيجب ان يتم ذلك وفقا لنظام التأمين الصحي المتبع في الجامعة.

التاريخ _____ الإمضاء _____