

نموذج معلومات / استمارة تأمين صحي

الاسم الكامل : \_\_\_\_\_  
تاريخ الولادة : \_\_\_\_\_  
العمل الحالي : \_\_\_\_\_  
العنوان الكامل: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

الأفراد المرغوب في ضمهم الى التأمين الصحي

الرقم	الاسم	تاريخ الولادة	رقم البطاقة	ملاحظات
١	الزوجة			
٢ -	الزوجة			
	الابناء		١	
			٢	
			٣	
			٤	
			٥	
			٦	
			٧	
			٨	
	البنات		١	
			٢	
			٣	
			٤	
			٥	
			٦	
			٧	
			٨	

في حالة وجود حالات خاصة ، يرجى ادراجها في المساحة أدناه :

١- \_\_\_\_\_  
٢- \_\_\_\_\_

أنا الموقع أدناه ..... أطلب تسجيل اشتراكي في التأمين الصحي للصحفيين وعائلاتهم لعام ( ) وأتعهد التقيد بنظام التأمين الصحي والتعليمات التي تصدر بموجبه .

توقيع طالب الاشتراك .....

ملاحظة : هذا الطلب خاص بالزملاء الذين يحق لهم الاستفادة من التأمين الصحي للصحفيين - وهم الاشخاص غير المستفيدين من تأمين صحي آخر ( كما نص على ذلك نظام التأمين الصحي للصحفيين ) .