



## اقرار انتفاع والدي المشترك من التأمين الصحي

اسم المشترك .....	الرقم الوظيفي : .....
صفة التعيين .....	مكان العمل : .....

اسم المنتفع: .....	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد
الوالد: .....		
الوالدة: .....		

اقر بأن والدي / والدتي ليس مشمولاً بتأمين صحي آخر، مفوضاً الادارة بالتحقق من صحة المعلومات الواردة اعلاه بالطرق الت تراها مناسبة .

اسم المشترك : .....التوقيع : .....التاريخ : .....

### تعهد

اتعهد ان ابلي الادارة في حال تم اساءة التأمين الصحي بأي شكل من الاشكال وتقديم بيانات غير صحيحة او زوال احد شروط التأمين المنصوص عليها في تعليمات التأمين الصحي او ما يحول دون استمرار المنتفعين من التأمين الصحي وتحت طائلة المسؤولية القانونية والمالية واوفض الادارة باقتطاع كامل نفقات المعالجة مهما كان مصدرها او سببها .

اسم المشترك : .....التوقيع : .....التاريخ : .....

عنوان البريد الالكتروني للمشارك (الايمل) .....

خاص باستخدام دائرة الاشتراكات والعقود الطبية :

.....