

طلب تأمين صحي

Emp Data	1	يعبأ هذا النموذج بواسطة الموظف - رقم عضوية التأمين No _____ الاسم : _____ . Name: _____ . الوظيفة : _____ Job Title: _____ الإدارة / المشروع : _____ . Department: _____ . الجنسية : _____ Nationality: _____ تاريخ الميلاد : ____/____/____ Birth: ____/____/____ . رقم بطاقة الأحوال / الإقامة : _____ ID NO: _____ الحالة الاجتماعية وفق العقد : متزوج ☐ Married أعزب ☐ Single Marital status: جديد طلب ☐ New Request بدل فاقد ☐ Issue For Lost ترقية ☐ Upgrade مستوى الترقية : B ☐ A ☐ VIP ☐ level : توقيع: _____ Signature					1																																																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">الاسم Name</th> <th rowspan="2">القربة Relation</th> <th colspan="2">تكلفة التأمين</th> <th rowspan="2">الميلاد Birth</th> <th rowspan="2">ملاحظة / إن وجد</th> </tr> <tr> <th>الموظف</th> <th>الشركة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					No	الاسم Name	القربة Relation	تكلفة التأمين		الميلاد Birth	ملاحظة / إن وجد	الموظف	الشركة	1							2							3							4							5							6							7							8							9							
	No	الاسم Name	القربة Relation	تكلفة التأمين		الميلاد Birth				ملاحظة / إن وجد																																																																					
				الموظف	الشركة																																																																										
	1																																																																														
	2																																																																														
	3																																																																														
	4																																																																														
	5																																																																														
	6																																																																														
7																																																																															
8																																																																															
9																																																																															
ملاحظة : يوضع علامة ☒ لتوضيح طلب التأمين على حساب المنشأ أو الموظف. تنويه : تتحمل الشركة تكاليف تأمين الأفراد التابعين وفق ما نص عليه نظام العمل فقط، ما عدا ذلك يكون على حساب الموظف الرجاء : ارفاق صور المستندات المثبتة للإعالة. Note: please attach the Proven documents for sponsoring																																																																															
Approval	2	اعتماد المدير المباشر: _____ الاسم: _____ اعتماد مدير الموارد البشرية: _____ الاسم: _____ التوقيع: _____ التوقيع: _____					2																																																																								
	1. نموذج الإفصاح المرفق ادناه. 2. الإقامة لكل فرد مطلوب إضافته على التأمين. 3. صورة من الجواز (موضحا فيه الاسم بالإنجليزي و تاريخ الميلاد و رقم الدخول). 4. تبليغ الولادة اذا كان الطلب لمولود اقل من 3 شهور.																																																																														