



نموذج التنازل عن التغطية الطبية التابع للجامعة

هذا إقرار بعدم رغبتى فى الإنضمام إلى برنامج التغطية الطبية الخاص بالجامعة فى هذا الوقت. وبناءً على ذلك، أؤكد معرفتى بما يلى:

- أعلم تماماً بأن الإنضمام لبرنامج الرعاية الصحية الخاص بالجامعة إلزامى.
- أؤكد مسئوليتى عن تكلفة أى خدمات طبية لازمة لى وأؤكد معرفتى بأن الجامعة تولى مسئوليتها من أى تكاليف طبية متعلقة بى، ماعدا الخدمات المقدمة من قبل عيادة الجامعة والمذكورة فى دليل سياسات وإجراءات العاملين بالجامعة.
- فى حالة الإشتراك فى برنامج الرعاية الصحية التابع للجامعة، سيتم إلغاء هذا النموذج تلقائياً. وسوف أقوم بملء نموذج الإشتراك الخاص ببرنامج الرعاية الصحية الخاص بالجامعة وإرساله إلى مكتب الموارد البشرية، حيث لن يتبقى لى الإشتراك بدون ملئ إستمارة الإشتراك التابعة لهذا البرنامج.
- فى حالة الإشتراك فى برنامج رعاية صحية آخر غير تابع للجامعة، سوف أقوم بإخطار مكتب الموارد البشرية - قسم المزايا - عن طريق ملء النموذج الخاص بالإشتراك فى برنامج خارج الجامعة، مرفق به صورة من بطاقة الهوية الخاص بهذا البرنامج أو ما يثبت ذلك.

الإسم: _____

رقم الجامعة: _____

رقم المحمول: _____

التاريخ: _____

التوقيع: _____