



طلب إعفاء من التأمين الصحي

آخر موعد لطلب الإعفاء:
يجب ان يتم توقيع هذا الطلب وأن يتم تقديمه مع بوليصة التأمين الخاصة بك في
موعد لا يتعدى:
سيتم إلزامك بتسديد قيمة التأمين الصحي الذي تدبره لك Drexel ELC بعد هذا التاريخ. هذا
المبلغ غير قابل للاستعادة.
لا يمكنك حضور الصفوف دون تأمين.

أطلب إعفاء من البرنامج الإلزامي للتأمين الصحي من مركز اللغة الإنجليزية في Drexel University. بتقديم طلب الإعفاء من التأمين الصحي هذا
فإني أدرك أن من مسؤوليتي الحصول على تأمين صحي سار لنفسي.

البرنامج اللغة الإنجليزية المكثفة

الاسم الأول	الاسم الأخير
تاريخ الميلاد	النوع
اسم الشركة	رقم البوليصة
رقم هوية التأمين	رقم هاتف المطالبات
تاريخ بداية التغطية	تاريخ انتهاء التغطية

الراعي / الشركة

أشهد بأن لدي تأمين صحي من خلال البوليصة المذكورة أعلاه وأن علي الحفاظ على هذه التغطية أو تغطية مشابهة خلال فترة دراستي في Drexel ELC.

لقد اخترت أن استخدم شركة تأمين صحي خاصة من خلال تقديم طلب الإعفاء هذا. إذا تمت الموافقة على هذا الإعفاء فإني أخلي طرف Drexel University English Language Center من أي موضوع يتعلق بالتغطية الطبية بما في ذلك حالات الطوارئ الطبية.

توقيع الطالب: _____ التاريخ _____

هام!

إن من سياسة Drexel University أن يكون لدى جميع الطلاب تأمين صحي خلال فترة التحاقهم بالجامعة. لاستخدام موافق تأمين
صحي بديل يرجى إرفاق نسخة من بيان البوليصة يوضح النقاط التالية باللغة الإنجليزية:

- اسمك الكامل (اسمك الأول والأخير).
- تاريخ ميلادك:
- رقم هوية التأمين ورقم بوليصة التأمين.
- تاريخ بداية وانتهاء بوليصتك، والذي يجب أن يشمل كامل فترة دراستك في ELC للتيرم الحالي.
- تغطية للخدمات الطبية وخدمات المستشفى بمجموع لا يقل عن 500,000 دولار أمريكي للأمراض. يرجى التأكد من أن البيان يشرح أنواع الخدمات
المغطاة. ملاحظة: التنقل و/أو العودة إلى الوطن و/أو العجز و/أو التأمين على الحياة ليسوا بدائل مقبولة لأنواع التغطية.
- اسم شركة التأمين ورقم الهاتف والعنوان في الولايات المتحدة للطوارئ (المتحدث بالإنجليزية).
- يجب تقديم نموذج طلب الإعفاء بحلول آخر موعد لطلبات الإعفاء المذكور أعلاه.