



طلب الحصول على تغطية التأمين الطبي للطلاب ومرافقيه

Student Name	
Date of Birth	
Passport #	
Libyan National ID #	
Student File Number #	
Program of Study	

المرافقين للطلاب الموفد

Name	Date of Birth	Relationship	Passport #

المرفقات :-

- صورة من جواز السفر للطلاب ولكل المرافقين
- صورة من التأشيرة والتصريح الدراسي/ العمل
- الوضع العائلي معتمد من السجل المدني

Signature of Student

Date