



大会

Distr.
GENERAL

A/AC.154/INF/1
24 June 1996
CHINESE
ORIGINAL: ENGLISH

东道国关系委员会

1996年6月24日

东道国关系委员会主席给各会员国和
观察员常驻联合国代表团的信

亲爱的同事，

为了协助联合国外交人员在纽约驻地定居，东道国关系委员会除采取其他措施外，继续探讨向联合国外交人员提供比较负担得起的保健服务的可能性。

因此，委员会决定向派驻联合国的代表团分发后附保健问题单(附件一)，以便确定代表团在这方面可能的需要和要求。这项工作的最终目标是要确定能够满足这些需要和要求的医疗保险方案的提供者。

代表团在回答问题单时不需要表明身份。收到的资料将会加以处理和综合，然后送交可能的保健提供者。

除了问题单之外，为了维持在这些问题上的对话，还请各代表团在答复问题单时另填一份表格(附件二)，说明就此问题的进一步通讯应该寄给代表团哪一位联络人。问题单和表格应交还给我或委员会秘书Tarassenk先生，S-3420 D室，电话(212) 963-5380，传真(212)963-6430，他将把表格从问题单上撕下来。对于答复的代表团的身份将予保密，只有主席和委员会秘书知道。

我们期待从所有代表团收到填妥的问题单，因为答复的数目越多，就越能保证这项工作成功。谨请将问题单尽快交回，不要迟于1996年7月31日。

尼科斯·阿加索克里奥斯(签名)

附件一

保健问题单

A节. 现有健康保险范围

如果代表团为部分或所有成员提供医疗保险,请酌情回答以下问题。如果代表团并未提供保险,请在括弧()内打钩,并回答以下B节内的问题。

提供保险的代表团:

我们的保险人是:

- () 派出国的政府实体
- () 派出国的私人实体
- () 美国的私人实体
- () 其他

(请酌情说明)

这个实体提供健康保险给:(请于雇员和家属的所有适当类打上打钩);

- () 1. 代表团所有工作人员;
- () 2. 代表团所有这些工作人员的直系家属;
- () 3. 代表团所有这些工作人员的二级受抚养人(即父母、兄弟和姐妹);
- () 4. 只有代表团工作人员中属于派出国国民者(不包括当地雇用者);
- () 5. 上述第4类中那些人的直系家属;
- () 6. 上述第4类的二级受抚养人;
- () 7. 代表团工作人员的仆人。

8. 代表团的承保人是否提供保险给当地雇用的派出国民?
() 是 () 否
9. 代表团的承保人是否提供保险给代表团工作人员中的非派出国民?
() 是 () 否
10. 代表团是否要求其雇用仆人的雇员为他们负担医疗保险?
() 是 () 否

代表团对其现有安排大致满意吗?

() 是 () 否

代表团有兴趣了解可能愿意为上述各类人提供某种健康保险的一项或多项医疗保险计划吗?若有兴趣,请圈出以下代表上面所列类别的数字:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

所有圈选类别的总人数: _____

(请移至C节)

B节. 没有医疗保险

(本节由未在纽约提供医疗保险的代表团填写)

() 代表团有兴趣了解一项或多项能够满足代表团的需要和驻纽约外交人员需要的健康保险计划。

可能参加保险的雇员大约人数: _____

可能参加保险的家属大约人数: _____

() 代表团目前对于当地安排的健康保险没有兴趣。

C节. 可能的健康保险选择

代表团是否有正式指定的医生可以立即诊疗代表团工作人员和家属以及转诊介绍给专门医生。

() 是 () 否

代表团使用哪家(些)医院?

代表团可能喜欢何种保险方案?

(请在所有合适项上打钩)

- 团体保险计划?
- 由一名医师或一群医师提供的预付医疗方案?
- 由一家以医院为基地的诊所在诊所提供治疗的计划?
- 一项只有基本保健的计划(急诊室治疗、年度体格检查)?
- 一项只提供病人住院治疗的计划?
- 一项也提供牙科保健的计划?
- 其他计划: _____

代表团和/(或)其成员有兴趣的计划将包括:

(请在所有适合处打钩)

- | | |
|----------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 代表团工作人员 | 愿意保险人数 _____ |
| <input type="checkbox"/> 家属 | 愿意保险人数 _____ |
| <input type="checkbox"/> 仆人 | 愿意保险人数 _____ |

代表团和/(或)其成员对于一个能够提供充分,主要保险范围的综合计划有兴趣,其费用不超过:

- 每人每月50美元
- 每人每月75美元
- 每人每月100美元
- 每家庭每月125美元
- 每家庭每月150美元
- 每家庭每月200美元

代表团为其成员付款吗?或每个成员自己付款?

D节. 健康保险问题

请说明代表团在其工作人员的医疗保险方面可能有的任何关切、问题与建议。

附件二

(交还委员会秘书Tarassenko先生, S-3420 D室)

请提供贵代表团联络人的姓名、职衔和办公室电话号码:

姓名: _____

职衔: _____

代表团: _____

电话: (212) _____
