|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نموذج****الإشتراك بالتامين الصحي لأول مره****..........................................** | **رقم السياسة** | XXX-00-00-00 |
| **رقم وتاريخ الإصدار** |  |
| **رقم وتاريخ المراجعة أو التعديل** |  |
| **رقم قرار اعتماد مجلس العمداء** |  |
| **تاريخ قرار اعتماد مجلس العمداء** |  |
| **عدد الصفحات** | 00 |

**الاشتـــــــــراك بالتأميــــــن الصحــــي للــــعـــامـلـــيــــــــن**

**في الجامعة الأردنية والمستشفى والجامعة فرع العقبة لعـــــــام .....**

 معلومات أساسية

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **اسم المشترك:**  | **مكان العمل:** | **رقم الملف الطبي:** |
|  **الرقم الوظيفي:**  | **درجة التأمين المطلوبة:** |  | **نـوع التأميــــن:** |
|  **الرقم الوطني:**  | **تاريخ الميلاد:** |  | **نوع وتاريخ التعيين:** |

**بدل الاشتراك السنوي بالدينار للمشتركين والمنتفعين**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الدرجة** | **المشترك** | **الزوجة** | **الأولاد عن كل ولد منهم** | **الوالدين عن كل****واحد منهما** | **زوج** **المشتركة** |
| **عـــادي** | **مضاعف** | **عـــادي** | **مضاعف** | **عـــادي** | **مضاعف** |
| **الأولــى** | **60** | **120** | **30** | **60** | **20** | **40** | **180** | **240** |
| **الثانية** | **45** | **90** | **22** | **44** | **15** | **30** | **144** | **192** |
| **الثالثة** | **35** | **70** | **17** | **34** | **12** | **24** | **108** | **144** |

أسماء المنتفعين / (الزوجة والأولاد والوالدين والزوج)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الرقم | **اسم المنتفع** | **الرقم الوطني**  | **تاريخ الميلاد** | **صلة القرابة** | **ملاحظات** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*\* يتحمل المشترك أو المنتفع ما نسبته (40%) للمعالجة والإقامة في البرنامج المضاعف و(70% للمعالجة و 60% للإقامة) في البرنامج العادي من قيمة المطالبة المالية في المستشفيات الخاصة خارج مستشفى الجامعة وذلك حسب أسعار مستشفى الجامعة وليس حسب أسعار تلك العيادات أو المستشفيات، (علماً بأن تأمين الوالدين وزوج المشتركة داخل مستشفى الجامعة الأردنية فقط)، شريطة خصم الإشتراكات السنوية بالمبالغ المبينة في الجدول أعلاه بالإضافة إلى المعالجة داخل مستشفى الجامعة بالنسب الحالية (12%) للعيادات و(6%) للإقامة.**

* اطلعت على تعليمات التأمين الصحي والتعميم الخاص بالتأمين لعام (2018) أتعهد بالتقيد بما جاء فيها، كما أوافق على الاشتراك في التأمين وفق المعلومات المبينة أعلاه، وأفوض مدير وحدة الشؤون المالية في الجامعة و/ أو المستشفى باقتطاع بدل الاشتراك من راتبي وعلى أقساط شهرية.

اسم المشترك:..................... توقيعه : ................ التاريخ : .....................................................

توقيع مسؤول الشعبة الدارية .....................

***\*\*\*\* خاص باستخدام موظفي التأمين الصحي*:**

.........................................................................................................................................................