

اسم النموذج: الاشتراك بالتأمين الصحي للعاملين

في الجامعة الأردنية والمستشفى والجامعة فرع العقبة لعام ٢٠١٩

معلومات أساسية

اسم المشترك:	مكان العمل:	رقم الملف الطبي:
الرقم الوظيفي:	درجة التأمين المطلوبة:	نوع التأمين:
الرقم الوطني:	تاريخ الميلاد:	نوع وتاريخ التعيين:

بدل الاشتراك السنوي بالدينار للمشاركين والمنتفعين

الدرجة	المشارك		الزوجة		الأولاد عن كل ولد منهم		الوالدين عن كل واحد منهما	زوج المشتركة
	عادي	مضاعف	عادي	مضاعف	عادي	مضاعف		
الأولى	٦٠	١٢٠	٣٠	٦٠	٢٠	٤٠	١٨٠	٢٤٠
الثانية	٤٥	٩٠	٢٢	٤٤	١٥	٣٠	١٤٤	١٩٢
الثالثة	٣٥	٧٠	١٧	٣٤	١٢	٢٤	١٠٨	١٤٤

أسماء المنتفعين / (الزوجة والأولاد والوالدين والزوج)

الرقم	اسم المنتفع	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	ملاحظات
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					
٩					
١٠					

** يتحمل المشترك أو المنتفع ما نسبته (٤٠٪) للمعالجة والإقامة في البرنامج المضاعف و(٧٠٪ للمعالجة و ٦٠٪ للإقامة) في البرنامج العادي من قيمة المطالبة المالية في المستشفيات الخاصة خارج مستشفى الجامعة وذلك حسب أعمار مستخدمى الجامعة وليس حسب أعمار تلك العيادات أو المستشفيات. (ملماً بأن تأمين الوالدين وزوج المشارك داخل مستشفى الجامعة الأردنية فقط). شريطة خصم الاشتراكات السنوية بالمبالغ المبينة في الجدول أعلاه بالإضافة إلى المعالجة داخل مستشفى الجامعة بالنسب الحالية (١٢٪) للعيادات و(٦٪) للإقامة.

اطلعت على تعليمات التأمين الصحي والتعميم الخاص بالتأمين لعام (٢٠١٩) 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: توقيع: التاريخ:

**** خاص باستخدام موظفي التأمين الصحي: