

اسم النموذج: إقرار انتفاع والدي المشترك أو زوج المشتركة بالتأمين الصحي

في الجامعة الأردنية والمستشفى والجامعة فرع العقبة لعام ٢٠١٩

إقرار (خاص بالوالدين)

أسم المشترك:	الرقم الوظيفي:
صفة التعيين:	مكان العمل:

أسم المنتفع	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد
الوالد		
الوالدة		

أقر بأنني المعيل الوحيد لوالدي / لوالدي، وأنه ليس لدى أحدهم أي تأمين صحي لدى أية جهة أخرى، مفوضاً الإدارة بالتحقق من صحة المعلومات الواردة أعلاه بالطرق التي تراها مناسبة .
 أسم المشترك..... التوقيع..... التاريخ.....

تعهد

أتعهد أن ابلي الإدارة حال ظهور ما يحول دون استمرار المنتفعين في التأمين الصحي، وأفوض الإدارة بأن تقتطع كافة تكاليف المعالجة المشار إليها في تعليمات التأمين الصحي مضاعفة / وذلك حال ثبوت عكس المعلومات الواردة بالنموذج أعلاه .
 أسم المشترك..... التوقيع..... التاريخ.....

إقرار (خاص بزوج المشتركة)

أسم المنتفع	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد
اسم زوج المشتركة		

مع إرفاق كتاب من المؤسسة العامة للضمان الإجتماعي يفيد بعدم وجود قيود للزوج في المؤسسة العامة للضمان الإجتماعي.
 أقر بأن زوجي ليس لديه تأمين صحي لدى أي جهة أخرى، ولا يحق له الانتساب إلى أي جهة توفر له مثل هذه الخدمة، مفوضاً الإدارة بالتحقق من صحة المعلومات الواردة أعلاه بالطرق التي تراها مناسبة .
 أسم المشتركة..... التوقيع..... التاريخ.....

تعهد

أتعهد أن ابلي الإدارة حال ظهور ما يحول دون استمرار زوجي من التأمين الصحي الخاص بالجامعة الأردنية، وأفوض الإدارة بأن تقتطع كافة تكاليف المعالجة المشار إليها في تعليمات التأمين الصحي مضاعفة / وذلك حال ثبوت عكس المعلومات الواردة بالنموذج أعلاه .
 أسم المشتركة..... التوقيع..... التاريخ.....

**** خاص باستخدام موظفي التأمين الصحي: