

## اسم النموذج: الاشتراك بالتأمين الصحي للمستقلين والمنتهية خدماتهم

## من الجامعة 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		زوج المشتركة
	عادي	مضاعف	عادي	مضاعف	عادي	مضاعف	
الأولى	٦٠	١٢٠	٣٠	٦٠	٢٠	٤٠	٢٤٠
الثانية	٤٥	٩٠	٢٢	٤٤	١٥	٣٠	١٩٢
الثالثة	٣٥	٧٠	١٧	٣٤	١٢	٢٤	١٤٤

## أسماء المنتفعين / (الزوجة والأولاد والوالدين والزوج)

الرقم	اسم المنتفع	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	ملاحظات
١١					
١٢					
١٣					
١٤					
١٥					
١٦					
١٧					
١٨					
١٩					
٢٠					

\*\* 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 مستفيحي 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) وأتعهد بالتقيد بما جاء فيها، كما أوافق على الاشتراك في التأمين وفق للمعلومات المبينة أعلاه، وأفوض مدير دائرة التأمين الصحي أو من ينوب عنه بقبض الرسوم المستحقة عليّ دفعة واحدة عند الاشتراك بالتأمين الصحي حسب تعليمات التأمين الصحي النافذة حالياً.

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

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