**إقرار انتفاع والدي المشترك وزوج المشتركة**

|  |  |
| --- | --- |
| أسم المشترك:  | الرقم الوظيفي: |
| صفة التعيين:  | مكان العمـل: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| أســـــم المنتفــــــع | الرقم الوطني | تاريخ الميلاد |
| الوالــد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| الوالــدة |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

أقر بأنني المعيل الوحيد لوالدي / لوالدتي، وانه 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** ...................................

ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

**تعهـــد**

أتعهد أن ابلغ 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** ...................................

ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

**إقرار (خاص بزوج المشتركة)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| أســـــم المنتفــــــع | الرقم الوطني | تاريخ الميلاد |
| اسم زوج المشتركة |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*\*\*\* مع إرفاق كتاب من المؤسسة العامة للضمان الإجتماعي يفيد بعدم وجود قيود للزوج في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي.**

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** ...................................

ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

**تعهـــد**

أتعهد أن ابلغ الإدارة حال ظهور ما يحول دون استمرار انتفاع 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 ..................................

توقيع مسؤول الشعبة الإدارية ..........................