



HID-01-01-03	رقم النموذج	إقرار انتفاع والدي المشترك زوج المشتركة
2/3/24/2022/2963 5/12/2022	رقم وتاريخ الإصدار	
2/(23/3/2023)	رقم وتاريخ المراجعة أو التعديل	
16/2023	رقم قرار اعتماد مجلس العمداء	
27/4/2023	تاريخ قرار اعتماد مجلس العمداء	
02	عدد الصفحات	

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

أسم المنتفع	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد
الوالد		
الوالدة		

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

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 بزواج 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 .

التوقيع..... التاريخ أسم المشتركة

تعهد

أتعهد أن ابلي 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.

التوقيع..... التاريخ أسم المشتركة
توقيع مسؤول الشعبة الإدارية