



HID-01-01-01	رقم النموذج	نموذج الإشتراك بالتأمين الصحي لأول مره
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	

الإشتراك بالتأمين الصحي للعاملين
في الجامعة الأردنية والمستشفى الجامعة فرع العقبة لعام
معلومات أساسية

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

بدل الإشتراك السنوي بالدينار للمشاركين والمنتفعين

زوج المشاركة	الوالدين عن كل واحد منهما	الأولاد عن كل ولد منهم		الزوجة		المشارك		الدرجة
		مضاعف	عادي	مضاعف	عادي	مضاعف	عادي	
240	180	40	20	60	30	120	60	الأولى
192	144	30	15	44	22	90	45	الثانية
144	108	24	12	34	17	70	35	الثالثة

أسماء المنتفعين / (الزوجة والأولاد والوالدين والزوج)

الرقم	اسم المنتفع	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	ملاحظات
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					



**** يتحمل المشترك أو المنتفع ما نسبته (40%) للمعالجة والإقامة في البرنامج المضاعف و(70% للمعالجة و 60% للإقامة) في البرنامج العادي من قيمة المطالبة المالية في المستشفيات الخاصة خارج مستشفى الجامعة وذلك حسب أسعار مستشفى الجامعة وليس حسب أسعار تلك العيادات أو المستشفيات، (علماً بأن تأمين الوالدين وزوج المشتركة داخل مستشفى الجامعة الأردنية فقط)، شريطة خصم الإشتراكات السنوية بالمبالغ المبينة في الجدول أعلاه بالإضافة إلى المعالجة داخل مستشفى الجامعة بالنسب الحالية (12%) للعيادات و(6%) للإقامة.**

- اطلعت على تعليمات التأمين الصحي والتعميم الخاص بالتأمين لعام (2018) 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.

توقيعه:..... التاريخ:..... إسم المشترك:.....

توقيع مسؤول الشعبة الدارية.....

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