



نموذج طلب الاشتراك بالتأمين الصحي لعام 2017 (خاص)
للعاملين في جامعة البلقاء التطبيقية

اسم المشترك :	الرقم الوظيفي :		
مكان العمل :	درجة التأمين :	نوع التعيين :	تاريخ التعيين :
الرقم الوطني :	تاريخ الميلاد :		

عنوان البريد الالكتروني (ايميل)

الهاتف الخليوي :

قيمة الاشتراك الشهري للمشارك والمنتفعين لعام 2017

البيان	درجة خاصة	درجة أولى	درجة ثانية	درجة ثالثة
المشارك	25	10	8	6
الزوجه	25	10	8	6
الابناء	25	10	8	6
الوالدين وزوج المشاركة لكل منهما	50	25	21	17

اسماء المنتفعين / (الزوجة والاولاد والوالدين والزوج)

الرقم	اسم المنتفع	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد	صلة القرابه	درجة التأمين
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

اطلعت على تعليمات التأمين الصحي المعمول بها في الجامعة لعام 2017 اتعهد بالتقيد بما جاء فيها ، كما اوافق على الاشتراك في التأمين الصحي وفق المعلومات المبينه اعلاه ، وافوض مدير وحدة الشؤون المالية في الجامعة باقتطاع بدل الاشتراك من راتبي على اقساط شهرية .

اسم المشترك : التوقيع : التاريخ :

خاص باستخدام دائرة التأمين الصحي :