



نموذج طلب الاشتراك بالتأمين الصحي لعام 2017 (حكومي)
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

الفئة العمرية	قيمة الاشتراك السنوي
أقل من 6 سنوات	مجانياً
من 6 سنوات الى أقل 19 سنة	50 دينار
من 19 سنة الى أقل 45 سنة	75 دينار
من 45 سنة الى أقل من 60 سنة	115 دينار
60 سنة فأكثر	150 دينار

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 :