نموذج طلب استمرارية الاشتراك بالتامين الصحي لعام 2023(خاص)للعاملين في جامعة البلقاء التطبيقية للحاصلين على اجازة (بدون راتب / اعارة /تفرغ علمي)

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

عنوان البريد الالكتروني (ايميل) .....

الهاتف الخلوي :.....

قيمة الاشتراك الشهري للمشترك والمنتفعين لعام 2023

البيان	درجة خاصة	درجة أولى	درجة ثانية	درجة ثالثة
المشترك	**25**	**10**	**8**	**6**
الزوجه	**25**	**10**	**8**	**6**
الابناء	**25**	**10**	**8**	**6**
الوالدين وزوج المشتركة لكل منهما	**50**	**25**	**21**	**17**

اسماء المنتفعين /(الزوجة والاولاد والوالدين والزوج)

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

اطلعت على تعليمات التامين الصحي المعمول بها في الجامعة لعام 2023 اتعهد بالتقيد بما جاء فيها ، كما اوافق على الاشتراك في التامين الصحي وفق المعلومات المبينه اعلاه .

المبلغ المالي المدفوع مقدما ..... رقم الوصل المالي .....تاريخ .....

اسم المشترك :.....التوقيع :.....التاريخ :.....

خاص باستخدام دائرة الاشتراكات والعقود الطبية :

.....