نموذج طلب الاشتراك بالتامين الصحي لعام 2023(خاص بالمشتركين مقدما)
للعاملين في جامعة البلقاء التطبيقية

اسم المشترك :	الرقم الوظيفي :
الرقم الوطني :	درجة التأمين :

اسم الكفيل / الكفالة العدلية : .....الرقم الوظيفي للكفيل .....
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**
زوج المشتركة	**50**	**25**	**21**	**17**

اسماء المنتفعين /(الزوجة والاولاد 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 ، وافوض مدير وحدة الشؤون المالية في الجامعة باقتطاع أي مبالغ مالية مترتبة علي من راتب الكفيل .

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

خاص باستخدام دائرة الاشتراكات والعقود الطبية :

1- تم دفع قيمة الاشتراكات بالايصال المالي رقم :
2- مستحقات مالية مستردات تامين صحي :-* بريْ الذمه

- تم دفع المستحقات المالية بالايصال المالي رقم :