



نموذج انسحاب من التأمين الصحي لعام 2023 (خاص للعاملين في جامعة البلقاء التطبيقية)

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

عنوان البريد الالكتروني (ايميل) :
الهاتف الخليوي :

اسم المشترك واسماء المنفعين المراد ايقافهم من التأمين الصحي/ (الزوجة والاولاد والوالدين والزوج)

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

اسم المشترك : التوقيع : التاريخ :

خاص باستخدام دائرة الاشتراكات والعقود الطبية :

.....