



الجامعة الهاشمية  
دائرة التأمين الصحي  
طلب اشتراك جديد في التأمين الصحي

السيد مدير دائرة التأمين الصحي،  
تحية طيبة وبعد،

أرجو الموافقة على اشتراكي بالتأمين الصحي الخاص بالجامعة الهاشمية، وذلك وفق البيانات التالية:  
أولاً: بيانات المشترك:

إسم المشترك: ..... الرقم الوظيفي: ..... تاريخ الميلاد: .....  
الرقم الوطني: .....  
مكان العمل: ..... تاريخ التعيين: ..... تاريخ مباشرة العمل: .....  
الدرجة المطلوبه للإشتراك: .....

ثانياً: بيانات المنتفعين

أ. الزوجة: الإسم: ..... تاريخ الميلاد: ..... الجنسية: .....  
الرقم الوطني: .....

ب. الأبناء:

تسلسل	الإسم	تاريخ الميلاد	الرقم الوطني
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ثالثاً: المعالين: المعالين تالياً يكون اشتراكهم بالدرجة الثالثة فقط:

أ. الوالدين	الإسم	تاريخ الميلاد	الرقم الوطني
الوالد			
الوالدة			

ب. زوج	الإسم	تاريخ الميلاد	الرقم الوطني
المشتركة			

اطلعت على تعليمات التأمين الصحي النافذة، وأوافق على الاشتراك فيه وفق المعلومات المبينة أعلاه ،  
وأفوض مدير الشؤون المالية في الجامعة باقتطاع بدل الاشتراك من راتبي وعلى أقساط شهرية.

رقم الهاتف: ..... التوقيع والتاريخ: .....

لاستعمال دائرة التأمين الصحي: .....

مدير دائرة التأمين الصحي

شعبة التدقيق

شعبة الإشتراكات والمساهمات

.....

للإطلاع على الوثائق المطلوبة للإشتراك والانتفاع يرجى الاطلاع على بوابة الموظف الالكترونية/ دائرة التأمين الصحي