



التأمين الصحي (٢٠١٠)

نقابة المهندسين الأردنيين
Jordan Engineers Association



التاريخ : ٢٠١٠/ /

عقد اشتراك

المرض المزمن	تاريخ الميلاد	تاريخ الإشتراك	الحالة	الدرجة	البرنامج	إسم المشترك / المنتفع	رقم المشترك

المبلغ المطلوب دفعه		إجمالي قيمة الإشتراك	
المبلغ	تاريخ الشيك	المبلغ	تاريخ الشيك
.....
.....
.....

لقد استلمت نسخة من التعليمات والاستثناءات والشروط التي تخص التأمين الصحي وقد اطلعت عليها وتفهمتها وأوافق عليها وأرغب بالاشتراك في التأمين الصحي حسب الأصول وإن كافة المعلومات المدونة في عقد الاشتراك عني وعن عائلتي صحيحة وإن أي إخفاء للمعلومات الواردة في هذا الطلب يفقدي حقي في التغطية التأمينية

في حال رغبتني بإلغاء الإشتراك أو بالانسحاب افقد كامل حقوقي وألتزم بإعادة البطاقات والنماذج

أتعهد بتسديد أي مبالغ مالية يتم دفعها لأي جهة تمت خارج نطاق تغطية التأمين الصحي أو أية مبالغ مالية تنشأ عن سوء استخدام أفراد عائلتي للتأمين الصحي وذلك حال مطالبتني به دون حاجة لأي إشعار قانوني

لأغراض معرفة المعالجات التي تمت هل هي مشمولة بالتأمين أم لا؟ فإنني أجزى لنقابة المهندسين وأفوضها للاستفسار عن الإجراءات الطبية والمعالجات التي تمت من الجهة المعالجة أو أية جهة أو شخص لديه معلومات عن صحتي وصحة من أعيل ، وأفوض هذه الجهات تقديم المعلومات التي تشمل سجلات المستشفى وأية سجلات أخرى تعد لأية استشارة طبية أو تشخيص أو معالجة، وإن أي صورة عن هذا التفويض تعتبر صحيحة الأصل

هل تم إجراء عمليات أو إجراءات طبية سابقة لك أو أي من أفراد عائلتك المعالين؟ نعم لا

اسم المريض	العملية/الإجراء	تاريخ العملية	المستشفى	الطبيب المعالج	الوضع الحالي
.....
.....
.....

اتعهد في حالة زواج احد ابنائي (ذكور/إناث) ان يتم العمل على اخراجهم من التأمين الصحي او ايقاف التغطية عنهم دون ان يتم ارجاع قيمة الاقساط وفي حالة عدم ابلاغي يتم ايقاف الاشتراك تلقائيا من قبل التأمين الصحي

عنوان المشترك	رقم الهاتف الخليوي
.....
البريد الإلكتروني

اسم المشترك :
اسم مقدم الطلب :
رقم وصل التأمين :
التاريخ :
التوقيع :
توقيع المستلم :