



التأمين الصحي لموظفي جامعة عمان الأهلية

الاشتراك الجديد:

- 1- يقوم المشترك بتعبئة الطلب مرفقا بالوثائق التالية :
- صورة لجواز السفر لغير الأردنيين.
- صورة دفتر العائلة أو هوية الأحوال المدنية للأردنيين.
- 2- يمكن للموظف أن يشترك هو وجميع أفراد عائلته والزوجة والأولاد بالتأمين الصحي.
- 3- بعد الموافقة على طلب الانضمام للتأمين الصحي يحصل الموظف على بطاقة خاصة به وكذلك لكل مشترك بالتأمين بطاقة خاصة به.
- 4- يحق للمشارك استخدام ما لا يزيد عن 8 نماذج خلال السنة على ألا يتجاوز عدد النماذج للعائلة الواحدة 25 نموذج.

شروط الاستخدام:

- يقوم المشترك بمراجعة أي من المعتمدين في الشبكة الطبية المعتمدة مصطحبا معه النموذج الطبي والبطاقة الصحية سارية المفعول.
 - يقوم المؤمن بصرف الأدوية وإجراء الفحوصات المخبرية والصور الإشعاعي لدى المراكز المعتمدة ويقوم بدفع نسبة تحمل 10 % على هذه الخدمات.
 - بعد أن ينتهي المؤمن من استخدام النموذج يجب عليه أن يعيد النسخة الخاصة بالشركة إلى العيادة الطبية حيث لا يتم صرف نموذج جديد قبل الحصول على نسخة الشركة من النموذج المستعمل.
 - لا يجوز في أي حالة من الأحوال أن يقوم شخص غير مؤمن باستعمال النموذج طبي.
 - عند حدوث أي إشكال بين المؤمن "الموظف أو العائلة" وإحدى الجهات المقدمة للخدمة (طبيب , صيدلي , مختبر) يتم مراجعة ضابط الارتباط في الجامعة لحل هذا الإشكال بأسرع وقت ممكن
 - تعتبر كشفية أي من الأطباء المعتمدين للشبكة الطبية مجانية شريطة إحضار النموذج والبطاقة الطبية السارية المفعول.
 - يغطي التأمين كافة نفقات الإدخال الطبي شريطة الموافقة المسبقة للشركة على الإدخال ضمن الحد الأعلى المسموح به على ألا تتجاوز التكاليف الحد الأعلى المسموح به لكل حالة.
- * يوزع على جميع الكليات والدوائر صورة عن منافع التأمين والاستثناءات الطبية الغير مشمولة بالتأمين الطبي

طلب الإشتراك:-



شركة الشرق العربي للتأمين
Arab Orient Insurance Company

معرفة عالمية بمنظور محلي Local Approach
شركة التأمين العالمية للشرق العربي - الكويت



طلب تأمين طبي / جماعي برنامج كراون الطبي

اسم حامل العقد : جامعة عمان الأهلية رقم العقد :

تاريخ بداية التأمين : رقم الضمان الاجتماعي :

بيانات المطلوب التأمين عليهم :

الاسم والرقم الوطني	اسم العائلة	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	درجة التأمين	الجنس	الطول	الوزن	المنه	الجنسية	محل الإقامة

الحالة الاجتماعية () عدد الأبناء () تاريخ بدء العمل ()

المركز الرئيسي : العبدلي - نهاية البنك الأردني الكويتي / هاتف : 0705000 (922 6) + فاكس : 0705001 (922 6) + ص.ب. 21309 عمان 11121 الأردن
فروع الصوفية / هاتف : 0802497 / 8 (922 6) + فاكس : 0885051 (922 6) +
فروع العتبة / هاتف : 0320203 / 6 (922 3) + فاكس : 032012 (922 3) + ص.ب. 1777 العقبة 77110 الأردن
www.arabornt@araborient.com • arabornt@araborient.com

5609888
مركز الخدمة القومية
العمل بصفة مستقلة

التاريخ المرضي للمؤمن عليه و/أو التابعين القانونيين :-

الإجابة تكون عن المؤمن له ونياية عن جميع التابعين القانونيين

هل عانيت من أي من الأمراض التالية ؟

نعم	لا	نعم	لا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

في حالة الإجابة بنعم عن أي من البنود المذكورة أعلاه الرجاء ذكر التفاصيل في المكان المخصص تالياً :

اسم المنتفع	الحالة المرضية	الاكتتاب الطبي
		هذه الصفحة مخصصة لاستخدام شركة التأمين
		هذه الصفحة مخصصة لاستخدام شركة التأمين
		هذه الصفحة مخصصة لاستخدام شركة التأمين
		هذه الصفحة مخصصة لاستخدام شركة التأمين

إن إخفاء و/أو تغير أي معلومات صحية سيؤدي إلى اعتبار عقد التأمين الصحي لاغياً في حال تمت الموافقة المسبقة على إصداره .

أقر أنني إطلع على الشروط العامة لوثيقة التأمين الصحي المطلوب إصدارها ووافق عليها كما أنني أوافق بموجب هذا الطلب طبيب المعالج وأية مؤسسة للخدمات الطبية أو أية هيئة أو شخص لديه معلومات عن صحتي ونشاطاتي وأوصحة وبشأن جميع المنضمين بالعقد) أن يقدمها إلى شركة الشرق العربي للتأمين وذلك يشمل سجلات المستشفى أو أية سجلات أخرى تعود لأية استشارة طبية أو تشخيص أو معالجة كما أن صورة هذا التفويض المختومة بالخاتم الرسمي لشركة الشرق العربي تعتبر صالحة للعبات المذكورة كما لو كانت الأصل

تاريخ تقديم الطلب : / /

توقيع مقدم الطلب : ختم الشركة (المؤمن عليه)