



# أمن رعاية

رقم الطلب ..... V61

معلومات عن طالب الإشتراك

الاسم الرباعي : .....  
 تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) : ..... / ..... / .....  
 الجنسية : .....  
 الرقم الوطني / (اثبات الشخصية لغير الأردنيين) : .....  
**العنوان الكامل**  
 المدينة : ..... اسم الشارع : .....  
 رقم العمارة/المنزل : ..... الهاتف النقال : .....  
 هاتف المنزل : ..... هاتف العمل : .....  
 الطريقة التي يفضلها المشترك للتواصل معه : .....  
 الطريقة التي سمعت بها عن البرنامج : .....  
 اسم المسوق : .....

سقف التغطية المطلوب  ٢٠,٠٠٠  ٣٠,٠٠٠  ٤٠,٠٠٠  ٥٠,٠٠٠  
 تاريخ بدء الإشتراك : .....  
 رقم الإشتراك : .....  
 قيمة الإشتراك : .....

الأفراد المطلوب إشتراكهم في البرنامج ( دون سن ١٨ سنة )

الاسم الرباعي	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	صلة القرابة	الرقم الوطني / رقم اثبات الشخصية لغير الأردنيين	الجنسية	سقف التغطية	قيمة الإشتراك

أنا الموقع أدناه أصرح وأوافق بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن المشتركين من أعيلهم (دون سن الثامنة عشرة) على ما يلي:

- أشهد أن المشترك والمشترون من أعيلهم بهذا الطلب غير مصابين بمرض السرطان ولم يسبق لي/ لنا أن أصبت/أصبنا به، وفي حالة ثبوت خلاف ذلك فاني أوافق على أن تقوم مؤسسة الحسين للسرطان/برنامج رعاية بإلغاء اشتراكي/اشتراكاتنا وأنعهد في هذه الحالة بشكل قطعي وغير قابل للرجوع عنه بإعادة كافة المصاريف والنفقات والمبالغ التي أنفقتها البرنامج/المؤسسة لتغطية تكاليف معالجاتي/معالجة أي من أعيلهم بهذا الطلب بصفتي ولياً لأمرهم وذلك خلال مدة علاجي/علاجهم لديها مهما بلغت تلك النفقات والمصاريف.
- اطلعت على كافة الشروط العامة والأحكام للاشتراك ببرنامج رعاية / مؤسسة الحسين للسرطان وحدود الاستفادة في حالة الإصابة أو عديمها (الدرجة خلف الطلب). وأوافق على كل ما جاء فيها.
- أنعهد أنه في حال إصابتي /إصابة أي من أعيلهم بهذا الطلب إبلاغ إدارة البرنامج فور علمنا بذلك. وإنني على علم أنه في حال إخفائي ذلك عن إدارة "البرنامج / المؤسسة" فإنني أفقد حقي في المطالبة بالتغطية بعد انتهاء الإشتراك.
- أفوض بشكل قطعي غير قابل للرجوع عنه طبيبي المعالج وأية مؤسسة للخدمات الطبية أو أية هيئة أو شخص لديه أية معلومات عن تاريخي المرضي (والتاريخ المرضي لكافة المشتركين من أعيلهم بهذا الطلب) أن يقدمها لمؤسسة الحسين للسرطان / برنامج رعاية. ويشمل ذلك سجلات المستشفى وأية سجلات أخرى تعود لأية استشارة طبية أو تشخيص أو معالجة.
- أن كافة الأجابات الواردة في هذا الطلب وتلك الواردة في أية بيانات أخرى ذات علاقة، أو أية فحوصات طبية مطلوبة هي صحيحة وكاملة وتعتبر جزءاً لا يتجزأ من هذا الإقرار والتفويض. وفي حال طرأ أي تغيير في المعلومات المذكورة في الطلب فإن من واجبي إبلاغ إدارة مؤسسة الحسين للسرطان / برنامج رعاية بهذا التغيير.
- إنني على علم أنه في حال موافقة مؤسسة الحسين للسرطان/برنامج رعاية على اشتراكي/اشتراكاتنا، فإن طلبي هذا سيعتبر أساساً لهذا الإقرار والتفويض الذي سيتم إبرامه لهذه الغاية.
- إخفاء أية معلومات من شأنها التأثير على قرار مؤسسة الحسين للسرطان / برنامج رعاية في الموافقة على الطلب والشروط المبينة سيؤدي إلى اعتبار اشتراكي/اشتراكاتنا لاغية.
- إنني على علم بأنه في حال عدم قيامي بتحديد قيمة أي قسط من الأقساط المستحقة والواردة ضمن طلب الإشتراك خلال عشرة أيام من اليوم التالي لتاريخ استحقاق الدفعة فإنه يحق لمؤسسة الحسين للسرطان (برنامج رعاية) إلغاء التغطيات التأمينية وإلغاء إشتراك المنتفع/المنتفعين من خلالي. ولا يحق لي المطالبة في أي مبالغ مالية سابقة تم دفعها من قيمة الإشتراك وذلك دون الحاجة إلى إنذار أو إعدار.
- يخضع هذا الإقرار والتفويض وكذلك كافة الشروط والأحكام المتعلقة باشتراك و/أو طالب الإشتراك في برنامج رعاية أعلاه على علم تام بجميع شروط الإشتراك في برنامج رعاية. وموافق/موافقة على ما جاء عماد المركزية (قصر العدل) هي المختصة حصراً بنظر كافة النزاعات التي قد تنشأ عن تنفيذ أحكام هذا الإقرار والتفويض المشار إليه أعلاه.

أنا الموقع أدناه أنعهد بأني و/أو من أعيلهم بهذا الطلب و/أو طالب الإشتراك في برنامج رعاية أعلاه على علم تام بجميع شروط الإشتراك في برنامج رعاية. وموافق/موافقة على ما جاء في الإقرار والتفويض الواردة في الإشتراك رقم ..... وأنه في حال وجود أي خطأ في معلومات الإشتراك نتج عنها إيقاف التغطية في حال الإصابة لا قدر الله. فإنني أنعهد بتحديد كامل المبالغ التي أنفقتها البرنامج على أي من الاشتراكات أعلاه.

الاسم : ..... التوقيع : ..... التاريخ : .....

## أولاً: الشروط العامة للاشتراك

1. أن لا يكون المشترك مصاباً بالسرطان أو سبق إصابته به.
2. يحق للمشارك لأول مرة من خلال الفريق الثاني الانتفاع من التغطية فقط في حال ثبوت الإصابة بالسرطان بعد مرور ستة أشهر من تاريخ بدء اشتراكه
3. مع اجراء التعديل على جدول الاسعار تكون قيمة الاشتراك السنوية للمشاركين من خلال الفريق الثاني حسب الفئات العمرية والموضحة بالجدول التالي:

قيمة الاشتراك السنوي بالدينار الاردني				الفئة العمرية
لتغطية ٥٠,٠٠٠ دينار	لتغطية ٤٠,٠٠٠ دينار	لتغطية ٣٠,٠٠٠ دينار	لتغطية ٢٠,٠٠٠ دينار	
١٠٠	٨٠	٦٠	٤٠	٥٩-٠ عاماً
١٠٠	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	٦٠ عاماً فأكثر

4. تكون قيمة التغطية في حالة الإصابة حسب السقف المحدد في هذا الطلب يتم الاستفادة منها لمرة واحدة فقط كتكاليف علاج في مركز الحسين للسرطان.
5. يحق "للمؤسسة / البرنامج" الطلب من طالب الاشتراك إجراء أي فحص طبي قبل قبول الاشتراك وذلك على حساب المشترك
6. يحق "للمؤسسة / البرنامج" رفض قبول طلب اشتراك إذا ثبت أنه مصاب بالسرطان سابقاً.
7. يحق "للمؤسسة / البرنامج" إيقاف قبول اشتراكات جديدة في برنامج رعاية في أي وقت دون بيان الأسباب والفترة التي تقرها إدارة مؤسسة الحسين للسرطان. مع الاحتفاظ بحق المشتركين السابقين بتجديد اشتراكاتهم.
8. ينتهي الاشتراك بانقضاء سنة من تاريخ بدء الاشتراك وقيام المشترك بدفع بدل الاشتراك.
9. يجوز للمشارك رفع سقف التغطية عند انتهاء سنة الاشتراك. ولا يجوز رفع سقف التغطية خلال سريان مدة الاشتراك.

## ثانياً: الشروط العامة لتجديد الاشتراك

1. يحق "للمؤسسة / البرنامج" تعديل رسوم الاشتراك وأو الشروط العامة المدرجة في هذا الطلب عند تجديد الاشتراك.
2. لدى انقضاء مدة الاشتراك فإنه يجوز تجديد الاشتراك لسنة إضافية وفقاً لذات الشروط والأحكام المحددة في هذا الطلب وأو وفقاً للشروط التي يصر إلى تعديلها في حينه شريطة قيام المشترك بدفع بدل الاشتراك عن السنة المحددة وبهذا يعتبر ضمناً موافقاً على الشروط الجديدة .
3. على المشترك لدى انتهاء اشتراكه مراجعة إدارة البرنامج لغايات تجديد هذا الاشتراك ودفع رسوم الاشتراك للسنة الجديدة. والحصول على بطاقة اشتراك جديدة.
4. على المشترك أن يقوم بتجديد اشتراكه في موعد انتهاء الاشتراك. وفي حال تخلف المشترك عن التجديد في ذلك التاريخ يعتبر طلب الاشتراك المقدم لاحقاً بمثابة طلب جديد. تسري عليه الأحكام والشروط المتعلقة بطلبات الاشتراك الجديدة والمقدمة لأول مرة.
5. لا يجوز بأي حال للمشارك أن يقوم بتجديد اشتراكه لسنة جديدة في حال حدوث الإصابة.
6. إذا ثبت للبرنامج أن المشترك أصيب ولم يقوم بإبلاغ البرنامج بذلك. وعند انتهاء اشتراكه قام بالتجديد. يعتبر التجديد في هذه الحالة لاغياً.
7. عند حدوث الإصابة وقيام البرنامج بتغطية تكاليف العلاج يتوقف المشترك عن تجديد الاشتراك. ويبقى حقه في الانتفاع من التغطية حتى استنفاد رصيد التغطية.
8. يمكن تجديد الاشتراك لسنة أخرى بموافقة المؤسسة بنفس الشروط والأحكام المحددة في هذا الطلب. على أن يقوم المشترك بدفع بدل الاشتراك عن السنة التالية كاملةً.

## ثالثاً: حدود الاستفادة من الاشتراك في برنامج رعاية / المؤسسة في حالة الإصابة - لا قدر الله

1. العلاج والفحوصات المخبرية والأشعة التشخيصية لا تتم إلا في مركز الحسين للسرطان فقط. ومن خلال الأطباء المعتمدين لديه. ولا تشمل أية تكاليف خارج المركز أو خارج المملكة.
2. لا تغطي "المؤسسة / البرنامج" تكاليف أية علاجات أو إجراءات لمرض غير مرض السرطان.
3. تكون الإقامة في مركز الحسين للسرطان - في حالة الإصابة- ضمن الدرجة الثانية. وعند طلب المشترك المصاب الإقامة ضمن الدرجة الأولى. فإنه يتحمل أي تكاليف فرق الدرجة كاملة.

## رابعاً: حدود الاستفادة من الاشتراك في برنامج رعاية / المؤسسة في حالة عدم الإصابة

1. يحق للمشارك استخدام المحترات وخدمات الأشعة المختلفة لكافة الأمراض غير المتعلقة بمرض السرطان . وذلك من خلال مركز الحسين للسرطان حصراً. ويستحق خصماً مقداره (٢٠٪) عشرون بالمائة على الفحوصات المخبرية والتصوير بالأشعة والفحوص التنظيرية وذلك من قيمة فاتورة تلك المصاريف باعتباره مشاركاً في البرنامج.
2. يحق للمشاركين من هم فوق سن ١٨ سنة الحصول على فحص سريري مجاني للكشف عن السرطان لمرة واحدة في العام بعيادة الكشف المبكر/مركز الحسين للسرطان.
3. يحق للمؤسسة/ البرنامج تعديل وأو الغاء نسبة الخصم المشار إليها في بند رقم ١/رابعاً أعلاه بدون إبداء الأسباب عند تجديد الاشتراك.