

**فرم درخواست پوشش بیمه درمان تکمیلی
کارکنان طرحی دانشگاه علوم پزشکی کاشان**

اینجانب نام..... نام خانوادگی..... تاریخ تولد:/...../۱۳..... نام پدر..... شماره شناسنامه..... جنسیت: مرد زن
 کد ملی..... تاریخ شروع طرح..... تاریخ پایان طرح..... شاغل در واحد..... شماره دفترچه بیمه نام بیمه گر اول.....
 مشخصات افراد تحت تکفل خویش را به شرح زیر اعلام می دارم:

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام بیمه گر اول	شماره دفترچه بیمه گر اول	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										

***توجه: بیمه گذار محترم، اطلاعات را با دقت و ارد نمائید (در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست، هنگام پرداخت خسارت های درمان با مشکل مواجه خواهد شد)**

آدرس:..... تلفن همراه:..... تلفن منزل:..... کدپستی..... شماره حساب همراه بانک رفاه ،.....
 یا شماره حساب پس انداز، کوتاه مدت بانک رفاه برای واریز هزینه درمان -

این فرم صرفاً برای فرد شاغل به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل شامل: همسر و فرزندان کارکنان ذکور و اناث طراحی گردیده و سایر افراد می بایست قانوناً تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار داشته و مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح (رای دادگاه) ضمیمه نمایند.

تذکر ۱: کارکنان محترم طرحی زمانی می توانند پدر و مادر و همسر خود را تحت پوشش تکمیلی قرار دهند که خودشان تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گرفته باشند

تذکر ۲: افراد مشمول پوشش بیمه ای زمانی می توانند افراد تحت تکفل خود را بیمه نمایند که دارای دفترچه بیمه باشند.

تذکر ۳: برقراری پوشش بیمه ای فرزندان، مشروط به عدم اشتغال و ازدواج می باشد.

تذکر ۴: کارکنان محترم طرحی که در مدت قرارداد بایممه طرح آنها به پایان می رسد مشمول بیمه تکمیلی درمان نمی باشند.

مدارک مورد نیاز: فتوکپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل دارای اعتبار - فتوکپی کارت ملی و صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان اناث (از اساتذی به بالا

اینجانب به حسابداری محل خدمت خود وکالت می دهم حق بیمه مربوط به خود و افراد تحت تکفلم را کسر و به حساب شرکت بیمه گر واریز نماید

امضاء بیمه شده اصلی: تاریخ تکمیل فرم امضاء نماینده رفاهی محل خدمت: مهر و امضاء مسئول کارگزینی محل خدمت:

رونوشت: اداره رفاه دانشگاه بیمه شده واحد رفاه محل خدمت