

**فرم درخواست پوشش بیمه درمان تکمیلی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان، طرح یک- (با دارو و ویزیت)
(مخصوص درخواست جدید و یا اضافه کردن افراد تحت تکفل)**

اینجانب نام..... نام خانوادگی..... تاریخ تولد:...../...../..... ۱۳ نام پدر..... شماره شناسنامه..... جنسیت: مرد زن کد ملی..... نوع استخدام رسمی پیمانی قراردادی شرکتی تاریخ استخدام..... 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										

*** توجه: بیمه گذار محترم، اطلاعات را با دقت و آرد 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 برای نیروهای رسمی، پیمانی و قراردادی

..... شماره رفاه کارت بانک رفاه برای نیروهای شرکتی: 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 شده و سایر افراد می بایست قانوناً تحت کفالت بیمه شده اصلی قرارداد شده ضمیمه نمایند.

تذکر ۱: کارکنان محترم رسمی، پیمانی، قراردادی و شرکتی 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 ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سالگی تمام (بارائه اشتغال به تحصیل) و فرزندان اناث مشروط به عدم اشتغال به کار و تا اولین ازدواج می باشد.

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 (۱۸ سالگی به بالا)

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

مهر و امضاء مسئول کارگزینی محل خدمت:

امضاء نماینده رفاهی محل خدمت:

امضاء بیمه شده اصلی - تاریخ تکمیل فرم

رونوشت: اداره رفاه دانشگاه بیمه شده واحد رفاه محل خدمت