

فرم درخواست افزایش / کاهش پوشش بیمه تکمیلی کارکنان شاغل آموزش و پرورش

استان: شهرستان: شهر: منطقه:

اینجانب نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / ۱۴ نام پدر: شماره شناسنامه:

جنسیت: مرد ☐ زن ☐ کدملی: شماره پرسنلی: نام بیمه گر پایه: با اطلاع کامل از تعهدات و مفاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی آموزش و پرورش متقاضی اصلاح تعداد افراد تحت پوشش خود بر اساس مستندات ارائه شده را، مطابق مقررات و مفاد قرارداد به شرح ذیل اعلام می دارم.

مشخصات بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل

ردیف	واحد سازمانی	کدملی بیمه شده	نام خانوادگی بیمه شده	نام بیمه شده	نام پدر	نسبت	جنسیت	سال تولد	ماه تولد	روز تولد	شماره شناسنامه	شماره حساب شبای بانک ملی بیمه شده اصلی جهت واریز هزینه درمانی
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												

نشانی: تلفن ثابت: تلفن همراه: کدپستی:

- بیمه گذار محترم اطلاعات را با دقت وارد نمایید. (در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست، هنگام پرداخت خسارت های درمان با مشکل مواجه خواهید شد).
- شرط سنی در برقراری پوشش بیمه تکمیلی فرزندان (دختر یا پسر) وجود ندارد و برقراری پوشش بیمه تکمیلی فرزندان مشروط به عدم اشتغال و ازدواج آنها می باشد.
- بر اساس این درخواست، اینجانب به حسابداری محل خدمت خود وکالت می دهم حق بیمه مربوط به بیمه تکمیلی خود و افراد تحت تکفلم را ماهانه کسر و به حساب بیمه تکمیلی طبق مفاد قرارداد واریز نماید.

مهر و امضاء اداره محل خدمت

امضاء بیمه شده اصلی

فرم انصراف از پوشش بیمه تکمیلی درمان

توجه: با عنایت به مفاد قرارداد بیمه تکمیلی درمان

(۱) انصراف بیمه شده اصلی و باقی ماندن همه و یا بخشی از بیمه شدگان (تحت پوشش بیمه شده اصلی) مقدور نمی باشد.

(۲) در صورت حذف بیمه شده اصلی پوشش بیمه تکمیلی برای همه افراد خانواده حذف خواهد شد.

(۲) پرسنل اصلی و تمام اعضای خانواده (همسر و فرزندان) باید تحت پوشش بیمه ی تکمیلی قرار گیرند و امکان تحت پوشش قرار دادن انتخابی اعضای خانواده میسر نیست.

اینجانب با کدپرسنلی و کدملی شماره تلفن همراه شاغل در نوع استخدام (رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐) درخواست انصراف خود و کلیه افراد تحت پوشش را از بیمه تکمیلی درمان در سال جاری داشته و به اداره محل خدمت خود وکالت می دهیم چنانچه از تاریخ ۱۴۰۲/۴/۱ خود و سایر افراد تحت پوشش از خدمات بیمه تکمیلی بهره مند شده و یا خسارتی دریافت نموده باشیم، عین مبلغ خسارت دریافتی (تأیید شده از طرف شرکت بیمه گر) را به صورت کامل و یکجا از حقوق اینجانب کسر نماید.

مشخصات بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل برای انصراف از پوشش بیمه تکمیلی

نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	کدملی	جنسیت	نام پدر	نسبت

تاریخ تکمیل فرم:

(حتماً تاریخ تکمیل فرم درج شود)

تأیید و امضاء امور رفاهی

امضاء بیمه شده اصلی