



درخواست پوشش بیمه‌ای مازاد درمان (طلایی) و عمر تکمیلی کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی شاغل و افراد تحت تکفل ایشان
تاریخ اجرای قرارداد ۱۳۹۴/۰۲/۰۱ لغایت ۹۵/۰۱/۳۱ (تکمیل این فرم برای تمام متقاضیان پوشش در هر سال بیمه‌ای ضروری می‌باشد.)

مشخصات بیمه‌شده‌ی اصلی شاغل در دانشکده / آموزشکده شهر

نام : نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / ۱۳ نام پدر : ش شناسنامه : جنسیت: مرد ☐ زن ☐
 کد ملی : کد پرسنلی : تاریخ استخدام : / / ۱۳ وضعیت اشتغال : رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐
 شماره بیمه‌ی پایه : آدرس محل سکونت :
 تلفن ثابت: کد استان: تلفن همراه: تلفن محل کار: کد پستی: شماره حساب حقوقی بانک تجارت:
 نام بیمه‌گر پایه: خدمات درمانی ☐ تأمین اجتماعی ☐ وضعیت ایثارگری : جانباز ☐ آزاده ☐ فرزند شهید ☐ درصد جانبازی:

مشخصات افراد تحت تکفل

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | ش شناسنامه | کد ملی | تاریخ تولد | نام بیمه‌گر پایه | شماره دفترچه‌ی بیمه | جنسیت | نسبت با بیمه‌شده‌ی اصلی |
|------|--------------------|---------|------------|--------|------------|------------------|---------------------|-------|-------------------------|
| ۱ | | | | | ۱۳ / / | | | | |
| ۲ | | | | | ۱۳ / / | | | | |
| ۳ | | | | | ۱۳ / / | | | | |
| ۴ | | | | | ۱۳ / / | | | | |
| ۵ | | | | | ۱۳ / / | | | | |
| ۶ | | | | | ۱۳ / / | | | | |

درخواست پوشش بیمه‌ی تکمیلی عمر را ☐ دارم ☐ ندارم (با توجه به ضرورت بیمه‌ی عمر، چنانچه بیمه‌شده‌ی اصلی متقاضی بیمه‌ی تکمیلی عمر می‌باشد، می‌بایست فرم شماره ۱۰ را تکمیل و تأیید نماید تا در محل اشتغال بایگانی گردد).

تذکر ۱: مشمولین پوشش بیمه‌ی مازاد درمان (طلایی)، افراد تحت تکفل و تبعی یک بیمه‌شده‌ی اصلی می‌باشند.

تذکر ۲: برقراری پوشش بیمه‌ای مازاد درمان (طلایی) فرزندان مشروط به عدم اشتغال و ازدواج، و رعایت شرط سنی می‌باشد. (گواهی اشتغال به تحصیل فرزندان ذکور با سن بیش از ۱۸ سال می‌بایست به هنگام درخواست ضمیمه‌ی فرم گردد).

تذکر ۳: افراد ذیل مندرجات و مشخصات فوق را مطابق با مدارک و مستندات کنترل و شمول آن را مطابق با قرارداد و شیوه‌نامه‌های بیمه‌ای سال ۹۳ تأیید نمایند.

تذکر ۴: پس از تکمیل و تأیید این فرم، حق بیمه‌ی مربوط از حقوق متقاضی کسر و در وجه شرکت مجری پرداخت می‌گردد.

امضای بیمه‌شده‌ی اصلی

مهر و امضای رئیس امور مالی

مهر و امضای رئیس دانشکده / آموزشکده