

**مشخصات بیمه شده اصلی**

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: ..... شماره شناسنامه ملی: ..... کد ملی: .....  
تاریخ تولد: ..... تاریخ تولد: ..... محل تولد: ..... محل صدور محل صدور: ..... شماره پرسنلی شماره پرسنلی: .....  
پست انشایی: ..... هزینه فرد: ..... شماره دفترچه بیمه: ..... حساب رسالت: ..... محل خدمت: ..... محل خدمت: .....  
آدرس محل سکونت: ..... آدرس محل سکونت: ..... تلفن همراه: ..... تلفن همراه: .....

**تعهدات بیمه تکمیلی**

- ۱- پرداخت هزینه عمل جراحی اصلی
  - ۲- پرداخت هزینه سایر اعمال جراحی
  - ۳- پرداخت هزینه زایمان و سزارین
  - ۴- پرداخت هزینه های پاراکلینیکی
- میزان تعهد براساس جدول مصوب سالانه  
میزان تعهد براساس جدول مصوب سالانه  
میزان تعهد براساس جدول مصوب سالانه  
میزان تعهد براساس جدول مصوب سالانه

**تذکره:**

- ۱- بیمه تکمیلی مخصوص پرسنل شاغل ، بازنشستگان و خانواده ایشان می باشد حق بیمه بصورت ماهیانه از حقوق پرسنل کسر و به حساب صندوق مشارکت درمان پرداخت خواهد شد.
  - ۲- در صورت تمایل ، پرسنل می توانند با تعهد پرداخت مبلغ ریال جهت خود و هریک از اعضای خانواده (شامل همسر ، فرزندان ، پدر و مادر) را تحت پوشش بیمه مازاد بر درمان قرار دهند.
  - ۳- افراد تحت تکفل شامل کسانی است که از طریق شخص بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی یا تامین اجتماعی باشند. (۵۰ درصد از حق بیمه افراد تحت تکفل پرسنل شاغل توسط شهرداری پرداخت می گردد به استثناء پدر و مادر)
- مدارک مورد نیاز:** فتوکپی صفحه اول دفترچه بیمه پرسنل شاغل و افراد خانواده که متقاضی برقراری بیمه وی می باشد.
- مشخصات افراد خانواده :
- (جدول زیر در صورت تمایل به پوشش اعضا خانواده و یا حذف پوشش ، تکمیل و هزینه آن بوسیله بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	وضعیت تکفل	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره دفترچه بیمه	نسبت با بیمه شده اصلی	وضعیت جسمانی	نوع درخواست
									حذف / اضافه
۱	نام و نام خانوادگی	بلی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد		نسبت		هزینه فرد
۲	نام و نام خانوادگی	بلی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد		نسبت		هزینه فرد
۳	نام و نام خانوادگی	بلی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد		نسبت		هزینه فرد
۴	نام و نام خانوادگی	بلی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد		نسبت		هزینه فرد
۵	نام و نام خانوادگی	بلی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد		نسبت		هزینه فرد

اینجانب ضمن اعلام رضایت به اداره حسابداری شهرداری اصفهان اجازه می دهم حق بیمه های فوق را بابت خود و افراد خانواده ام از حقوق ماهیانه اینجانب کسر و به حساب صندوق مشارکت درمان شهرداری اصفهان واریز نماید. **مبلغ کل**

امضاء بیمه شده اصلی

تاریخ ..... تاریخ امضا