

فرم درخواست یا حذف پوشش بیمه تکمیلی صندوق مشارکت درمان شهرداری اصفهان

کد فرم: EDM-F-RF-11

مشخصات بیمه شده اصلی

نام و نام خانوادگی: **حمیدرضا حاجاتی** نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی:
تاریخ تولد: محل تولد: محل صدور: شماره پرسنلی:
پست انشایی: شماره دفترچه بیمه: محل خدمت:
آدرس محل سکونت: تلفن همراه:

تعهدات بیمه تکمیلی

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| ۱- پرداخت هزینه عمل جراحی اصلی | میزان تعهد براساس جدول مصوب سالانه |
| ۲- پرداخت هزینه سایر اعمال جراحی | میزان تعهد براساس جدول مصوب سالانه |
| ۳- پرداخت هزینه زایمان و سزارین | میزان تعهد براساس جدول مصوب سالانه |
| ۴- پرداخت هزینه های پاراکلینیکی | 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	
								اضافه	حذف		
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											

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.

امضاء بیمه شده اصلی

تاریخ