

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**

تاریخ تاریخ امضا امضاء بیمه شده اصلی

قسمت اول

ریاست محترم بانک رفاه کارگران شعبه

باسلام
احتراماً، پیرو توافق صورت گرفته (تفاهم نامه شماره مورخ در خصوص کسر اقساط مستمري بگيران سازمان تأمین اجتماعی، بدین وسیله آقای/ خانم به کد ملی و شماره مستمري جهت امضای وکالتنامه کسر اقساط آقای/ خانم کد ملی (ذینفع) مطابق شرایط ذیل به حضور معرفی می گردد. خواهشمند است در زمینه کسر اقساط مطابق جدول ذیل مساعدت و همکاری لازم را مبذول فرمایید.

| مجموع بدهی به ریال | تعداد اقساط مساوی | مبلغ هر قسط به ریال | تاریخ اولین برداشت | تاریخ آخرین برداشت |
|---------------------|-------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| مبلغ کل | یازده ماه | قسط ماهیانه | اردیبهشت ماه | |
| شماره تماس نمایندگی | کد نمایندگی | مهر و امضای شرکت | | |
| | | | | |

قسمت دوم

بانک رفاه کارگران شعبه کد

شماره پرسنلی

باسلام
احتراماً، اینجانب آقای/ خانم نام و نام خانوادگی فرزند نام پدر دارای شماره شناسنامه شماره شناسنامه ملی کد ملی صادره از محل صدور به نشانی نام اجتماعی نشانی منزل آدرس محل سکونت تلفن منزل و تلفن همراه تلفن همراه نشانی محل کار تلفن محل کار
با عنایت به اینکه قصد انعقاد قرارداد با شرکت را دارم، در کمال صحت و سلامت کامل جسم و روان، بانک رفاه کارگران را مأذون و وکیل با حق توکیل به غیر و لو کراراً و وصی بعد از فوت قرار میدهم تا نسبت به برداشت از محل هرگونه وجوه واریزی به حساب مربوط به حقوق و مزایای مستمر اینجانب به شماره حساب رفاه و یا هرگونه حساب دیگر اینجانب نزد بانک رفاه و کسر اقساط مربوط به قرارداد منعقد با شرکت مذکور براساس مبلغ اعلامی طی لیست واصله از شرکت تا تسویه کامل مبالغ اعلامی اقدام و وجوه برداشت شده را به حساب شرکت واریز نماید و بدین وسیله حق هرگونه ادعا و اعتراض آتی در این خصوص را از خود سلب و اسقاط نمودم. همچنین اذعان میدارم کلیه امور مربوط به موضوع این وکالتنامه را از شرکت مزبور پیگیری نموده و بانک هیچگونه مسئولیتی دراین خصوص نخواهد داشت.
بدیهی است اینجانب (موکل) حق عزل وکیل (بانک) و رجوع از اذن را نیز تا پایان مدت قرارداد منعقد و تسویه مبالغ متعلقه از خود سلب و اسقاط نمودم.

امضا و اثر انگشت موکل (مستمري بگير)

تاریخ

مهر و امضا وکیل (شعبه بانک)

تاریخ

قسمت سوم

بانک رفاه کارگران شعبه کد

باسلام
احتراماً، خواهشمند است در خصوص برداشت اقساط مشروح فوق به شماره تخصیصی ذیل اقدام مقتضی معمول فرمایید.

مهر و امضای شرکت

| شماره وکالتنامه (شماره شناسه اقساط) | | سازمان برداشت کننده قسط |
|--|-------------------|-------------------------|
| کد سازمان | شماره حساب سازمان | |
| | | |