

کاربر گرامی؛ ابتدا متن رضایت کسر حق بیمه از حقوق را چاپ و امضاء نموده و سپس تصویر متن امضاء شده را از طریق فرم مربوطه در پایین صفحه ارسال نمایید.

اعلام رضایت کسر حق بیمه از حقوق

فرم اعلام رضایت کسر حق بیمه از حقوق بازنشستگان و مستمری بگیران تامین اجتماعى بابت قرارداد بیمه عمر و تکمیل درمان گروهی اعضا

کانون بازنشستگان تامین اجتماعى استان خراسان رضوى(مشهد)

ریاست محترم شعبه : پنج مشهد سازمان تامین اجتماعى احتراماً اینجانب رمضان بیطرف بازنشسته/مستمری بگیر شماره : 1063908047 با علم و اطلاع کامل و قبول شرایط، مفاد و تعهدات قرارداد بیمه عمر و تکمیل درمان گروهی فی ما بین کانون بازنشستگان و شرکت بیمه گر طرف قرارداد کانون به تقاضا و درخواست خودم به امور مالی آن شعبه وکالت می دهم که حق بیمه مربوطه برای خود و افراد تحت تکفل به شرح جدول ذیل را همه ماهه از حقوق اینجانب کسر و به حسابی که کانون یا شرکت بیمه گر به استناد قرارداد مذکور اعلام شده است واریز گردد.

| ردیف | نام | نام خانوادگی | وضعیت تکمیلی | کد ملی | تاریخ تولد | نسبت |
|------|-------|--------------|--------------|------------|------------|------|
| 1 | رمضان | بیطرف | درخواست ثبت | 2268986527 | 1344/01/01 | اصلی |

تعهدات بیمه شده اصلی(بازمانده/مستمری بگیر)

- 1- بدینوسیله اعلام قبول مینمایم که کانون به نحوی که مقتضی بداند حق انعقاد قراردادهای بیمه عمر و تکمیل درمان را خواهد داشت بدیهی است تعهدات بیمه گر در خصوص خدمات پوششی کانون که انتخاب نموده مورد تایید اینجانب و افراد تحت تکفل بوده و انتخاب کانون به منزله انتخاب اینجانب میباشد.
- 2- تعهد می نمایم هر گونه تغییر در افراد تحت تکفل خود مانند فوت ، ازدواج، خارج شدن فرزندان ... از کفالت را با ارائه مدارک لازم حداکثر تا یک هفته بعد از وقوع به تامین اجتماعى و کانون اعلام تا حذف یا اضافه لازم صورت پذیرد . بدیهی است با توجه به آنکه حذف و اضافه از اولماه بعد از اعلام به کانون صورت می پذیرد پیامدهای ناشی از تاخیر در اعلام به عهده اینجانب می باشد.
- 3- باتوجه به آنکه بیمه نامه تکمیل درمان برای سالهای آینده از سوی کانون قابل تمدید می باشد بدینوسیله به کانون وکالت و اجازه میدهم تا در صورت تمدید قراردادها ، نام اینجانب و افراد تحت تکفل را برای قراردادهای بعدی در لیست بیمه شدگان قرارداده و اجازه می دهم سازمان تامین اجتماعى نیز حق بیمه مربوطه را برای سالهای آتی متناسب با قراردادهای آتی از حقوق اینجانب کسر نماید.
- 4- اینجانب می پذیرم که انصراف از قراردادهای منعقد شده نیز غیرممکن خواهد بود و فقط در صورت انصراف از ادامه پوشش خود و افراد تحت تکفل در تمدید قراردادهای عمر و تکمیل درمان سالهای بعد حداقل 2 ماه قبل از تاریخ انقضای قرارداد هر سال که در کارت های تکمیل درمان و قرارداد کانون درج گردیده است

انصراف کتبی خود را به كانون اعلام و رسید مربوطه را دریافت نمایم . بدیهی است در غیر این صورت در لیست بیمه شدگان قراردادهای سال آینده نیز خواهم بود و حق هیچ گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

5- اینجانب تایید و گواهی می نمایم با حضور در محل كانون متن تعهدات این رضایت نامه را که در محل كانون الصاق شده قبل از امضاء به دقت مطالعه نموده و خود را موظف به انجام وظایف مندرج در آن میدانم و نیز نسخه دوم آن را جهت مطالعه بیشتر تحویل گرفته و نزد خود نگهداری می نمایم به علاوه گواهی و تایید می نمایم که با ثبت نام در لیست متقاضیان بیمه عمر و تکمیل درمان گروهی , رسید آن را نیز دریافت نموده ام و اعلام می نمایم شرایط هفت گانه مندرج در آن مورد قبول اینجانب قرار گرفته است.

تاریخ : سه شنبه 1 دی 1394

محل امضاء