



فرم حذف و اضافه بیمه تکمیلی درمان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳

مشخصات بیمه شده اصلی:

اینجانب به شماره پرسنلی کد ملی نام پدر نام پدر

عضو هیات علمی (رسمی) پیمانی آزمایشی غیر هیات علمی (رسمی) پیمانی قانون کار قراردادی بازنشسته وظیفه بگیر
 نیروهای شرکتی (اداری) غیراداری چندمنظور دانش آموختگان دانش بنیان صندوق (کشوری) تأمین اجتماعی

محل خدمت در دانشکده/اداره تلفن ثابت تلفن همراه

شماره حساب (بانک ملت شاغلین/صادرات (بازنشسته/وظیفه بگیر): شماره شباهت

نوع طرح ۱ ۲ بیماری خاص / دیابت: دارم ندارم نام بیماری:

درخواست انصراف کاهش افزایش اصلاح نفر اصلی نفر تبعی از تعداد به تعداد نفر به شرح جدول ذیل را دارم:

ردیف	حذف/اضافه/اصلاح	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	ش.ش	تاریخ تولد	نسبت
۱	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>						/ /	اصلی
۲	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>						/ /	
۳	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>						/ /	
۴	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>						/ /	
۵	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>						/ /	
۶	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>						/ /	

درخواست اصلاح شماره حساب: (بانک: ملت) صادرات (بازنشسته/وظیفه بگیر)

شماره حساب شماره شباهت

درخواست اصلاح شماره همراه از به

به: ریاست محترم اداره رفاه اعضای هیات علمی و غیر هیات علمی

موضوع: تعهد نامه بیمه تکمیلی درمان

اینجانب بیمه شده اصلی با اطلاعات ثبت نامی در بیمه تکمیلی درمان با توجه به تکمیل فرم ثبت نام فوق (بیمه شده اصلی، همسر، فرزندان، پدر و مادر) به منظور استفاده از پوشش های بیمه تکمیلی درمان، رضایت خویش را مبنی بر کسر سرانه ماهیانه حق بیمه تکمیلی درمان از حقوق و مزایا و اذن به اداره رفاه جهت انعقاد قرارداد مربوطه اعلام می نمایم، همچنین اطلاع خود را از شرایط بیمه نامه و جدول تعهدات و فرانشیز های مربوطه اعلام نموده به طوری که کلیه هزینه های درمانی جبرانی از سوی شرکت بیمه گر براساس جدول تعهدات و تعرفه های بیمه گر خواهد بود در ضمن طرح ۱ ۲ مورد تأیید اینجانب می باشد.

لازم به توضیح است در صورت عدم ارائه درخواست کتبی از طرف اینجانب برای انصراف از پوشش در پایان سال بیمه ای، بیمه تکمیلی درمان برای سالهای آتی نیز ادامه پیدا خواهد کرد و در صورت تمدید بیمه نامه حسب نظر دانشگاه متعهد به پرداخت سرانه حق بیمه دوره تمدید هم می باشم.

امضاء بیمه شده اصلی

نام و نام خانوادگی

تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۰۰

امضاء کارشناس بیمه تکمیلی درمان دانشگاه

نام و نام خانوادگی

تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۰۰

توضیحات: (لیست مدارک لازم جهت عضویت در پشت فرم)

* مدارک لازم جهت عضویت:

- تصویر آخرین حکم استخدامی بیمه شده اصل
 - تصویر کلیه صفحات شناسنامه بیمه شده اصلی و کلیه افراد تحت پوشش
 - تصویر کارت ملی یا رسید آن برای بیمه شده اصلی و کلیه افراد تحت پوشش (پشت‌ورو)
 - تصویر استعلام بیمه‌گر پایه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی (سلامت): بیمه شده اصلی و کلیه افراد تحت پوشش
 - ادامه پوشش بیمه‌ای برای آن دسته از فرزندان پسر که از پوشش بیمه‌ای خارج می‌شوند در صورت تبعی شدن و استمرار (حق بیمه بر مبنای حق بیمه تبعی بر اساس ضوابط جاری بیمه اولیه با پرداخت ماهیانه امکان‌پذیر خواهد بود)، حق بیمه تکمیلی بر مبنای حق بیمه آزاد (توسط بیمه شده اصلی) امکان‌پذیر خواهد بود.
- لینک سازمان تأمین اجتماعی:** <https://account.tamin.ir> / آیتم خدمات نام‌نویسی / مشاهده و ثبت افراد تبعی توسط بیمه شده اصلی
- لینک سازمان خدمات درمانی (سلامت):** <https://csp.ihio.gov.ir/logon?returnurl=%2f> / (آیتم مدیریت خانوار)

- تأییدیه بانکی شماره حساب و شبانگ ملت
- تأییدیه عضویت اعضای جامعه فارغ التحصیلان (دانش آموختگان) و اعضای پارک علم و فناوری (دانش‌بنیان) و اعضای شرکتی توسط واحد مربوطه
- تکمیل فرم تعهد پرداخت حق بیمه تکمیلی سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ توسط اعضای بازنشسته صندوق تأمین اجتماعی و کارکنانی که از مرخصی یا مأموریت استفاده می‌نمایند
- تکمیل رسید واریز حق بیمه توسط اعضای بازنشسته صندوق تأمین اجتماعی و دانش آموختگان و دانش‌بنیان و کارکنانی که از مرخصی یا مأموریت استفاده می‌نمایند

* مدارک لازم جهت تکفل لحاظ‌شدن:

❖ افراد تحت تکفل: افرادی که از نظر حقوقی و بیمه‌گر پایه، تبعی والدین بوده و واجد شرایط بیمه تکمیلی درمان به شرح ذیل می‌باشند:

- همسر یا همسران دائمی
- فرزندان پسر بیمه شده به شرط عدم اشتغال بکار و ازدواج، دارای بیمه پایه خدمات درمانی (سلامت) حداکثر تا پایان سن ۲۲ سالگی (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا پایان سن ۳۰ سالگی)
- فرزندان پسر بیمه شده به شرط عدم اشتغال بکار و ازدواج، دارای بیمه پایه تأمین اجتماعی تا سن بیست‌سالگی (۱۹ سال تمام) (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا پایان سن ۳۰ سالگی)
- فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج
- فرزندان معلول ذهنی یا جسمی از کارافتاده کلی (بدون لحاظ شروط سنی) با ارائه کارت بهزیستی (معلولیت شدید) یا گواهی معتبر از پزشکی قانونی.
- پدر و مادر کارکنان خانم و آقایانی که قانوناً تحت کفالت ایشان قرار دارند، با ارائه تصویر استعلام بیمه‌گر پایه تأمین اجتماعی و استعلامنامه موجود در پرونده بیمه تأمین اجتماعی (فقط برای بیمه‌گران پایه سازمان تأمین اجتماعی) تحت تکفل محسوب می‌شوند.
- پدر و مادر کارکنان خانم و آقایانی که قانوناً تحت کفالت ایشان قرار دارند، با ارائه اصل و تصویر استعلام بیمه‌گر پایه سلامت و تصویر ارائه رأی دادگاه (فقط برای بیمه‌گران پایه سلامت) تحت تکفل محسوب می‌شوند.
- کارکنان خانمی که قانوناً حضانت و قیومیت خانواده را برعهده دارند با ارسال تصویر استعلام بیمه‌گر پایه و ارائه رأی دادگاه مبنی بر حضانت و قیومیت تحت تکفل محسوب می‌شوند.

* مدارک لازم جهت بیماری خاص و صعب‌العلاج و دیابت:

- تصویر مستندات و پاتولوژی برای بیماری خاص و صعب‌العلاج
 - انواع بیماری خاص شامل: (سرطان، هموفیلی، تالاسمی، شیمی درمانی، ... طبق لیست بیماری خاص وزارت بهداشت و درمان)
- تصویر مستندات و آزمایش برای دیابت