

## فرم شماره (۱)

\*\*\* ستاد رفاهی دانشگاه \*\*\*

تعهد نامه بیمه درمان تکمیلی ۹۴/۳/۱ تا ۹۵/۲/۳۱

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی ویژه افرادی که جدیداً قصد عضویت داشته و در قرارداد قبلی (۹۳/۳/۱ تا ۹۴/۲/۳۱) بیمه نمی باشند

\*\*\* تذکر مهم قبل از تکمیل فرم:

افرادی که در قرارداد قبلی (۹۳/۳/۱ تا ۹۴/۲/۳۱) تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی می باشند به هیچ وجه این فرم را تکمیل ننمایند و چنانچه قصد تغییر در افراد تحت پوشش خود یا پوشش دندانپزشکی را دارند، بایستی نسبت به تکمیل فرم شماره ۲ اقدام فرمایند.

اینجانب: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی:

تاریخ تولد: / / محل تولد و صدور: عضو هیأت علمی  کارمند  با وضعیت استخدامی رسمی:

پیمانی  روز مزد بیمه ای  انجام کار مشخص  با وضعیت ایثارگری: جانباز  درصد جانبازی  شاغل در دانشکده/واحد: تاریخ استخدام: دارای کدشناسایی حقوق (مندرج در فیش حقوقی)

که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی  تأمین اجتماعی  به شماره می باشم، موافقت خود و افراد تحت تکفلم بشرح

جدول ذیل را به منظور استفاده از بیمه درمان تکمیلی با تعهد دندانپزشکی  بدون تعهد دندانپزشکی  مطابق توافق نامه ای که با شرکت بیمه طرف قرارداد با دانشگاه بعمل آمده (مندرجات پشت برگه) اعلام می دارم. بدینوسیله متعهد می شوم حق بیمه یاد شده مندرج در قرارداد منعقد شده را پرداخت نمایم. بنابراین به موجب این تعهدنامه و شرایط مندرج در پشت برگه به مدیریت مالی دانشگاه و کالت می دهم تا به جهت تسریع در کار و پس از اعلام دانشگاه حق بیمه سرانه را متناسب با تعداد افراد مشمول از حقوق و مزایای اینجانب کسر و به حساب شرکت طرف قرارداد واریز نمایند.

مشخصات افراد تحت تکفل قانونی (همسر، فرزندان، سایرین)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره ملی	تاریخ تولد	شماره دفترچه بیمه	نسبت
۱					/ /		
۲					/ /		
۳					/ /		
۴					/ /		
۵					/ /		
۶					/ /		
۷					/ /		
۸					/ /		
۹					/ /		
۱۰					/ /		

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

شماره تلفن:

امضا:

آدرس:

بشرح فوق مورد تأیید است.

بدینوسیله مشخصات و امضای جناب آقای / سرکار خانم

مهر و امضای امور اداری دانشکده / واحد