**فرم شماره (1)**

|  |
| --- |
| فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی  **ویژه افرادی که برای اولین بار قصد عضویت در قرارداد درمان تکمیلی را دارند** |

**\*\*تذکر مهم قبل از تکمیل فرم:**

1. افرادی که در قرارداد فعلی تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی می باشندبه هیچ وجه این فرم را تکمیل ننمایند.
2. چنانچه قصد تغییر در افراد تحت پوشش خود را دارید، بایستی نسبت به تکمیل فرم شماره­ی 2 اقدام فرمایند.
3. همکاران جهت عضویت جدید، موظف به تکمیل نمودن این فرم می­باشند و در صورت عدم تکمیل فرم از مزایای بیمه تکمیلی در سال 1402-1401 بهره­مند نخواهند شد.

اینجانب: نام پدر: شماره شناسنامه: کدملی:

تاریخ تولد: / / محل تولد و صدور: عضو هیأت علمی عضو غیر هیأت علمی

که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی تامین اجتماعی به شماره می باشم،موافقت خود و افراد تحت تکفلم بشرح زیر به منظور استفاده از بیمه­ی درمان تکمیلی مطابق توافقی که با شرکت بیمه­ی طرف قرارداد با دانشگاه بعمل آمده اعلام می­دارم. بدینوسیله متعهدمی­شوم حق بیمه­ی یاد شده را مطابق با مفاد قراداد منعقده با شرکت بیمه پرداخت نموده و به مدیریت مالی دانشگاه وکالت می­دهم تا بیمه­ی 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)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام و نام‌خانوادگي | نام‌پدر | شماره‌  شناسنامه | شماره‌‌ملي | تاريخ تولد | | | جنسيت | **تکفل یا عدم تکفل** | نسبت با بيمه  شده‌ي اصلي | شماره حساب فرد اصلی | شماره شبای حساب فرد اصلی |
| **روز** | **ماه** | **سال** |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضا:

شماره تلفن: