

پیوست شماره یک

**وکالت‌نامه ثبت نام بيمه درمان تكميلي سال 1405-1404**

**اينجانب......................................... فرزند.............پرسنل شاغل در واحد/ مرکز............................................ کارمند(رسمی، پیمانی، قراردادی، شرکتی و...) ...................................... وابسته به دانشگاه علوم پزشكي شاهرود بدينوسيله اعلام مي نمايم خواستار عضويت در بيمه درمان تكميلي شرکت بيمه آتیه سازان حافظ می باشم و به امور مالي وکالت می‌دهم در طول مدت قرارداد از تاريخ 01/06/1404 لغایت 31/ 05/1405 مطابق با حق بيمه مربوطه و تعداد اعضاي تحت پوشش(تحت تکفل و غیر تحت تکفل) كه در زير ثبت شده است و همچنین در صورت تمدید آن با توجه به شرایط و مفاد مندرج در متن قرارداد که توسط اینجانب مطالعه و مورد قبول واقع گردیده است بابت طرح انتخابی ماهيانه مبلغ .............................. ريال بابت خودم و مبلغ .................................... بابت افراد تحت پوشش به ازای هر نفر کسر نماید. ضمناً متعهد میشوم در صورتی که به هر شکل در طول مدت قرارداد بابت شرایطی از قبیل استفاده از مرخصی بدون حقوق، انتقال و ... امور مالی دانشگاه نتوانست حق بیمه را از حقوق و مزایای اینجانب کسر نماید؛ راساً نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام نموده و تصویر فیش واریزی را به امور مالی واحد تحویل دهم.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **تاریخ تولد** | **نام پدر** | **کد ملی** | **شماره شناسنامه** | **شماره تلفن همراه (می‌بایست به نام فرد باشد)** | **شماره شبای حساب بیمه شده اصلی** | **نام بانک** | **طرح انتخاب شده** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**اطلاعات بيمه شده اصلي (پرسنل مربوطه):**

**اعضاي تحت پوشش :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **تاریخ تولد** | **نام پدر** | **کدملی** | **شماره شناسنامه** | **نسبت با بیمه شده اصلی** | **جنسیت** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |

**یادآوری:**

1. **ثبت نام در یکی از طرح های بیمه درمان تکمیلی اختیاری می‌باشد و بیمه شده اصلی هر طرحی را انتخاب کند اعضای تحت پوشش(تحت تکفل و غیر تحت تکفل) نیز از مزایای همان طرح برخوردار خواهند شد.**

**امضاء بيمه شده اصلي امضاء مسئول ثبت نام**