

وکالت نامه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی سال 1405-1404

پیوست شماره یک

اینجانب فرزند پرسنل شاغل در واحد/ مرکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهرود بدینوسیله اعلام می نمایم خواستار عضویت در بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه ایران می باشم و به امور مالی وکالت می دهم در طول مدت قرارداد از تاریخ 1404/10/01 لغایت 1405/09/30 مطابق با حق بیمه مربوطه و تعداد اعضای تحت پوشش (تحت تکفل و غیر تحت تکفل) که در زیر 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 ماهیانه مبلغ ریال بابت خودم و مبلغ بابت افراد تحت پوشش به ازای هر نفر کسر نماید. ضمناً متعهد می شوم 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.

اطلاعات بیمه شده اصلی (پرسنل مربوطه):

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

اعضای تحت پوشش:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	نام پدر	کد ملی	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 می باشد 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 بیمه شده اصلی

امضاء مسئول ثبت نام