

وکالت نامه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی سال 1405-1406

پیوست شماره یک

اینجانب..... فرزند..... پرسنل شاغل در واحد/ مرکز..... کارمند(رسمی، پیمانی، قراردادی، شرکته و...)..... وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهرود بدینوسیله اعلام می نمایم خواستار عضویت در بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه آتیه سازان حافظ می باشم و به امور مالی وکالت می دهیم در طول مدت قرارداد از تاریخ 1405/08/01 لغایت 1406/07/30 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 تمديد 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 بابت خودم و افراد تحت پوشش به ازای هر نفر مطابق با قرارداد 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.

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