تاریخ:

شماره:

فرم عضویت جدید /افزایش / کاهش / انصراف بیمه درمان تکمیلی دانشگاه تبریز

ینجانب عضو	هیئت علمی رسمی	هیئت علمی پیمانی	هیئت علمی رسمی آزمایشی	غیر هیئت علمی رسمی	غیر هیئت علمی پیمانی	غیر هیئت علمی قراردادی	غیر هیئت علمی روزمزد

درخواست تغییر در بیمه درمان تکمیلی اعضاء به شرح جدول ذیل و مطابق با قوانین و مقررات دانشگاه را اعلام داشته و به امور مالی دانشگاه وکالت می دهم که ماهانه حق بیمه مربوط بابت خودم و افراد تحت پوشش را از حقوق اینجانب کسر و به حساب شرکت بیمه گرواریز نماید.

نام واحد سازمانی (الزامی)	شماره مستخدم / شماره شناسه (الزامی)	کد ملی بیمه شده اصلی (الزامی)	شماره حساب حقوق بیمه شده اصلی (الزامی)	نام بانک (الزامی)	شماره حساب شبا بیمه شده اصلی (الزامی)	شماره تلفن واحد محل کار بیمه شده اصلی(الزامی)	شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی (الزامی)

ردیف	نوع تغییر (عضویت جدید / افزایش / کاهش / انصراف)	نام	نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	روز تولد	ماه تولد	سال تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	محل صدور شناسنامه	نوع دفترچه بیمه پایه	تحت تکفل / غیر تحت تکفل
۱														
۲														
۳														
۴														
۵														
۶														
۷														

※مدارک الزامی جهت عضویت جدید افراد	※مدارک الزامی جهت افزایش افراد	※مدارک الزامی جهت کاهش افراد	※مدارک الزامی جهت انصراف افراد
۱– تصویر حکم کارگزینی ۲– تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش ۳–تصویر صفحه اول دفترچه بیمه درمانی افراد تحت پوشش	۱– تصویر تمام صفحات شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش حسب مورد ۲– تصویر صفحه اول دفترچه بیمه درمانی افراد تحت پوشش حسب مورد ۳–ارائه رای دادگاه مبنی بر کفالت والدین و ارئه رای کمیسیون پزشکی برای قیمومیت فرزندان (حسب مورد) ۴– ارائه گواهی اشتغال به تحصیل برای فرزندان ذکور از ۲۳ تا ۲۵ سالگی تمام و ۲۶ سال برای رشته پزشکی	۱– اصل کارت بیمه درمان تکمیلی (حسب مورد)	

ملاحظه ۱ –در صورت انصراف از بیمه درمان تکمیلی، با توجه به تعهدات و شرایط قرارداد و با توجه به خطرات پیش بینی نشده، به استحضار می رساند هیچ گونه امکانی برای عضویت مجدد بیمه شده در طی یک سال قرارداد پس از انصراف مقدور نخواهد بود.

ملاحظه ۲– شرایط لازم برای عضویت جدید / افزایش / کاهش / انصراف بیمه درمان تکمیلی تابع مفاد قرارداد خواهد بود.

ملاحظه ۳– تکمیل دقیق اطلاعات و ارائه فرم به همراه مدارک الزامی برای هر ۴ نوع تغییر الزامی است. (در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست، پرداخت خسارت های درمان بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش با مشکل مواجه خواهد شد)

ملاحظه ۴– منظور از نسبت شامل بیمه شده اصلی، همسر، پسر، دختر، پدر و مادر می باشد و می بایست افراد تحت تکفل به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه پایه باشد.

ملاحظه ۵– برقراری پوشش بیمه ای فرزندان مونث مشروط به عدم اشتغال و ازدواج و فرزندان ذکور در حین اشتغال به تحصیل تا سن ۲۶ سال و در غیر این صورت تا سن ۲۲ سال می باشد.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی تاریخ و امضاء

تاریخ و مهر و امضاء دبیرخانه مدیریت امور اداری و پشتیبانی

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول بیمه دانشگاه و امضاء