



بیمه نامه
صدور اولیه دفترچه کارکنان دولت

کد مدرک: 08FM 001 04
تاریخ:
شماره:

(۱) مشخصات فرد اصلی:

در این قسمت چیزی ننویسید: ↓

کد بیمه درمانی سرپرست:

نام مؤسسه بیمه گزار

محل خدمت

تاریخ استخدام

شماره مستخدم

وضعیت کارمند: ۱- شاغل ۲- بازنشسته ۳- مستمری بگیر ۴- وظیفه بگیر وضعیت پرداخت حق بیمه: عادی خودکفا

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

جنسیت: مذکر مونث

وضعیت تأهل: مجرد متأهل

تاریخ ازدواج:

شماره ملی:

شماره شناسنامه:

بیماری خاص:

شماره سری / سریال شناسنامه:

 /

محل صدور:

محل سکونت:

شهرستان

بخش

شهر / روستا

خیابان

کوچه

پلاک

کد پستی

تلفن

استان

محل کار: استان

شهرستان

بخش

شهر / روستا

خیابان

کوچه

پلاک

کد پستی

تلفن

(۲) مشخصات فرد تبعی:

شماره سریال	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	شماره ملی	شماره سری / سریال شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
۱					/ /							
۲					/ /							
۳					/ /							
۴					/ /							
۵					/ /							

(۳)

نام و نام خانوادگی سرپرست	تاریخ و امضاء	۳- الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه سلامت در تعهد این بیمه نامه، ضمن تأیید صحت اطلاعات تکمیل شده اعلام می‌نماید که فاقد؟؟؟؟ پوشش بیمه‌ای به همراه خانواده می‌باشد.	۳- ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. کارگزینی محل خدمت	تاریخ و امضاء	۳- ج) کسر حق بیمه درمان بر مبنای ضوابط و مقررات جاری تعهد می‌شود. واحد امور مالی محل خدمت	تاریخ و امضاء	۳- د) ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع می‌باشد. واحد درآمد	تاریخ و امضاء	۳- ه) در رایانه ثبت شد واحد بیمه گری	تاریخ و امضاء
---------------------------	---------------	---	---	---------------	--	---------------	--	---------------	---	---------------

این فرم در دو نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارند.

تعهد نامه بیمه شدگان تبعی ۲ و ۳ کارکنان دولت

مشمولین عبارتند از کلیه افراد معرفی شده از جانب بیمه شده اصلی (کارمند) اعم از پدر، مادر، ناپدری، نامادری، خواهر، برادر، خواهر ناتنی، برادر ناتنی، پدربزرگ، مادربزرگ، پدر و مادر همسر، عروس، داماد و نوه طبق آیین نامه و ضوابط مورد عمل سازمان بیمه سلامت.

تعهد بیمه گزار (اداره محل اشتغال): بیمه گزار متعهد می گردد با توافق بیمه شده اصلی حق بیمه درمان سرانه را طبق مصوبات هیأت دولت در همان سال، به مدت **حداقل یکسال** از حقوق وی به صورت ماهیانه کسر و به حساب اداره کل بیمه سلامت واریز نماید. رعایت شرط خانوار الزامی است. درخصوص فرزندان، تحت پوشش قرار گرفتن تمامی فرزندان زیر **۱۸ سال** اجباری است. در صورت استعفاء، اخراج، بازدید، مرخصی بدون حقوق و یا فوت بیمه شده اصلی، بیمه گزار متعهد می گردد نسبت به تحویل کلیه دفاتر جهت ابطال اقدام و یا نسبت به پرداخت حق سرانه به صورت کامل و یکجا به مدت ماههای باقیمانده تا پایان مدت تعهد به حساب سازمان بیمه سلامت ایران اقدام نماید.

تعهدات بیمه گر:

۱- کلیه تعهدات بیمه گر اعم از خدمات سرپایی و بستری طبق ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و مصوبات سالانه هیأت وزیران بوده و میزان فرانشیز مورد تعهد سازمان همه ساله براساس مصوبه مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد، همچنین پرداخت خسارت متفرقه طبق ضوابط سازمان انجام می پذیرد.

۲- بیمه گر متعهد می گردد صدور دفاتر درمانی را برای متقاضیان پس از دریافت اولین حق بیمه سرانه طبق لیست حقوقی انجام دهد.

با عنایت به اینکه اعتبار دفاتر درمانی بیمه شدگان یک سال از تاریخ قرارداد می باشد چنانچه بیمه شده اصلی و مؤسسه بیمه گزار متقاضی ابطال دفاتر درمانی افراد تبعی ۲ و ۳ خود قبل از اتمام دوره تعهد باشد، بیمه گزار ملزم به کسر حق بیمه سرانه تا پایان مدت قرارداد خواهد بود و ابطال دفترچه مگر در موارد قانونی مانند ازدواج، طلاق، فوت، اشتغال به کار (منجر به پوشش بیمه ای) امکان پذیر نمی باشد و در پایان قرارداد، در صورت عدم اعلام انصراف بیمه شده اصلی و یا مؤسسه بیمه گزار از استمرار قرارداد، بیمه نامه به مدت یکسال دیگر تمدید و استرداد حق بیمه دریافتی امکان پذیر نمی باشد. لازم به ذکر است در صورت درخواست ابطال دفترچه پس از پایان قرارداد یکساله، توقف یا عدم کسر حق بیمه، در ماه بعد اعمال خواهد گردید.

برقراری بیمه افراد تبعی ۲ و ۳ که دفاتر آنان به دلایل قانونی ابطال گردیده است مجدداً در صورت تقاضا با رعایت ضوابط مقررات بیمه شده تبعی ۲ و ۳ امکان پذیر خواهد بود.

تاریخ اعتبار: اعتبار دفاتر درمانی بیمه شدگان یک سال از تاریخ قرارداد می باشد و ابطال دفاتر معتبر بیمه شدگان تبعی ۲ و ۳ بجز موارد قانونی امکان پذیر نخواهد بود.

به هنگام تمدید و تعویض دفاتر بیمه افراد تبعی ۲ و ۳، به منظور کنترل رعایت شرط خانوار، رؤیت اصل شناسنامه افراد، الزامی است.

کلیه مفاد مندرج در تعهدنامه مورد قبول اینجانب کارمند اداره می باشد و کسر حق بیمه درمان مطابق مفاد فوق تعهد می گردد.

مهر و امضاء ذیحساب / امور مالی

تاریخ:

امضاء بیمه شده اصلی

تاریخ: