

فرم تقاضای ثبت افراد تحت تکفل مربوط به بیمه درمان تکمیلی

(همسر ، فرزندان ، پدر و مادر)

شرکت ملی خدماتی تدارک

باسلام

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... با شماره پرسنلی ..... شاغل در ..... و با شماره تلفن همراه ..... درخواست می‌نمایم نسبت به ثبت افراد ذیل الذکر جهت استفاده از مزایای بیمه درمان تکمیلی اقدام نمایند. ضمناً اینجانب با قبول مسئولیت صحت مطالب فوق اعلام می‌نمایم نسبت به احتمال افزایش کسورات مربوط به بیمه تکمیلی درمان در رابطه با افراد تحت تکفل آگاهی کامل داشته و متعهد می‌شوم هر گونه تغییر احتمالی در رابطه با جدول فوق را در اسرع وقت و به همراه مدارک مستند به شرکت ارائه نمایم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سال تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت با بیمه شده
۱						
۲						
۳						
۴						

امضاء سرپرست

فرم تقاضای حذف افراد تحت تکفل مربوط به بیمه درمان تکمیلی

(همسر ، فرزندان ، پدر و مادر)

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... با شماره پرسنلی ..... شاغل در ..... و با شماره تلفن همراه ..... ضمن اعلام عدم تمایل درج افراد تحت تکفل در قرارداد جدید بیمه تکمیلی درمان درخواست می‌نمایم نسبت به حذف افراد ذیل الذکر از ردیف بیمه مذکور اقدام نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سال تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت با بیمه شده
۱						
۲						
۳						

توجه:

\* فرم حذف و اضافه صرفاً مربوط به آن دسته از پرسنل می‌باشد که تمایل به اضافه نمودن افراد تحت تکفل خود را دارند و یا می‌خواهند نسبت به خارج نمودن افراد تحت تکفل خود اقدام نمایند. بنابراین برای آن دسته از همکارانی که قصد حذف و یا اضافه نمودن افراد تحت تکفل خود را ندارند، نیازی به تکمیل این فرمها نمی‌باشد. بدیهی است برای این دسته از همکاران قرارداد بیمه کمافی السابق و با همان افراد زیرمجموعه ایشان که قبلاً اعلام کرده بودند، در نظر گرفته خواهد شد.

\* عدم اعلام حذف و اضافه، ظرف مهلت مقرر، به منزله تمایل پرسنل جهت عقد قرارداد جدید با وضعیت قبلی در نظر گرفته خواهد شد.

\* آخرین فرصت جهت تکمیل و ارسال تا پایان وقت اداری مورخ ۱۳۹۶/۰۱/۲۴

امضاء سرپرست