

**فرم رضایت نامه کسر حق بیمه درمان تکمیلی مستمری بگیران تاکستان سال ۹۸-۹۷**

اینجانب آقای/خانم ..... شعبه تامین اجتماعی تاکستان (با دقت وارد شود) به شماره مستمری .....  
و شماره بیمه .....  
متقاضی بیمه تکمیلی برای خود و تبعه تحت پوشش به شرح جدول ذیل هستم و اجازه برداشت حق بیمه تکمیلی درمان  
درخواستی را به سازمان ذیربط واگذار می نمایم.

نسبت	نام پدر	کدملی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره شناسنامه	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی و تبعه را ذکر کنید
					۱-
					۲-
					۳-
					۴-
					۵-

آدرس: .....  
تلفن: ..... همراه: .....

محل امضا و اثر انگشت مورخ

**سال ۹۸-۹۷ لطفا با دقت مطالعه نمایید:**

- ۱- توجه: داشتن دفترچه بیمه تامین اجتماعی بیمه شده اصلی و کپی کارت ملی افراد تبعه ضمیمه شود.
- ۲- در صورت ازدواج - فوت - خروج از کفالت بایستی به کانون مراجعه و نسبت به حذف اقدام نماید، در غیر این صورت مبلغی عودت داده نخواهد شد.
- ۳- مدت قرار داد یکسال می باشد و تا پایان قرارداد حذف بی دلیل انجام نخواهد شد.
- ۴- بیمه شده موظف است صحت کسر حق بیمه تکمیلی افراد تحت تکفل خود را از طریق فیش حقوقی کنترل نماید و در صورت مغایرت حداکثر ظرف 15 روز مراتب را به کانون اطلاع دهد در غیر این صورت کانون هیچ عذری را نخواهد پذیرفت و عواقب آن به عهده بیمه شده می باشد. لازم است بیمه شده به این بند دقت کافی نماید.  
شروع خدمت از ۹۷/۹/۱ می باشد.

در تاریخ ..... فرم بیمه تکمیلی تحویل گرفته شد.