

درخواست برقراری پوشش بیمه درمان دوران اشتغال

اینجانب فرزند دارای شناسنامه شماره به شماره ملی و عضو شماره صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز پیرو ثبت نام اولیه در سایت صندوق آینده ساز و با آگاهی و پذیرش حق سرانه ماهانه برقراری پوشش بیمه درمان به مبلغ مصوب هر ساله هیئت امنای صندوق به ازای خود و هر یک از افراد تحت تکفل خود، تقاضا دارم بر اساس قوانین و مقررات جاری صندوق ، نسبت به برقراری پوشش درمان دوران اشتغال جهت اینجانب و افراد تحت تکفل به شرح جدول ذیل از تاریخ/...../..... الی ۱۳۹۷/۱۰/۰۱ اقدام لازم معمول فرمایند.

با توجه به اینکه کلیه اقدامات لازم در ارتباط با این درخواست وفق و بر اساس مقررات جاری صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز معمول خواهد گردید ، لذا صندوق آینده ساز مجاز و مختار به پذیرش و یا عدم پذیرش این درخواست می باشد و بدین وسیله حق هر ادعایی در صورت عدم پذیرش این درخواست را از خود سلب و ساقط می نمایم.

امضاء:

تاریخ:

اثر انگشت:

مشخصات عضو و افراد خانواده تحت تکفل (همسر و فرزندان)

نام و نام خانوادگی: شماره ملی: آخرین شرکت: آخرین سمت اداری:

نسبت	نام	نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	وضعیت تحصیل	تأهل	شغل

خواهشمنداست مدارک زیر را پیوست این فرم فرمایید

تصویر کلیه صفحات شناسنامه خود و اعضاء تحت تکفل (همسر و فرزندان)

۲ قطعه عکس ۳*۴ خود و اعضاء تحت تکفل پشت نویسی شده

تصویر کارت ملی خود و اعضاء تحت تکفل

نشانی پستی :

پست الکترونیک :

کد پستی :

تلفن همراه:

تلفن ثابت :

تعهدنامه عضو متقاضی پوشش بیمه درمان دوران اشتغال

اینجانب فرزند دارای شناسنامه شماره به شماره ملی و عضو شماره صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز که از تاریخ/...../..... الی ۱۳۹۷/۱۰/۰۱ با پرداخت سرانه ماهانه به مبلغ مصوب هر ساله هیئت امنای صندوق به ازای اینجانب و هر یک از افراد تحت تکفل، از پوشش بیمه درمان دوران اشتغال بهره مند می شوم با آگاهی کامل از ضوابط و مقررات صندوق بالاخص شرایط لازم جهت برخورداری اینجانب و افراد تحت تکفل اینجانب از مزایای متعلقه تعهد مینمایم که به محض خروج هر یک از افراد تحت تکفل اینجانب از شرایط برخورداری از مزایای مذکور ، بلافاصله صندوق را کتباً از چگونگی مراتب امر مطلع نمایم. در غیر اینصورت مسئول جبران خسارت وارده به صندوق و بازپرداخت وجوه اضافه دریافتی می باشم .

موارد قطع شرایط استفاده فرزندان تحت تکفل از مزایای صندوق

ازدواج دختران (ملاک ازدواج فرزندان تاریخ انعکاس عقد دائمی در شناسنامه می باشد)
اشتغال به کار دختران
رسیدن سن پسران به ۲۰ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیلات دانشگاهی، رسیدن سن آنان به ۲۵ سال تمام.

توجه فرمایند :

- در صورت اهمال و قصور در اعلام به موقع مراتب فوق ، طبق ضوابط قانونی جاری در این زمینه ، "متخلفین علاوه بر الزام به پرداخت خسارت وارده شامل کلیه وجوه اضافه دریافتی، به علت کتمان واقعیت و فراهم آوردن موجبات سوء استفاده خود و افراد خانواده یا اشخاص ثالث از مزایای قانونی ، تحت پیگرد قانونی قرار خواهند گرفت."
- تداوم پوشش بیمه درمان در طول مدت مربوطه، منوط به تداوم عضویت و پرداخت کسور بیمه بازنشستگی و نیز پرداخت حق سرانه بیمه درمان به صندوق آینده ساز بوده و در صورت قطع پرداخت کسور بازنشستگی و یا عدم پرداخت حق سرانه بیمه درمان، پوشش بیمه درمان، از تاریخ قطع ملغی خواهد شد.
- برقراری مزایای درمانی مشمول سه ماه دوره انتظار می باشد.

امضاء :

تاریخ :

اثر انگشت: