

درخواست برقراری پوشش بیمه درمان دوران اشتغال

صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز

اینجانب فرزند دارای شناسنامه شماره
به شماره ملی و عضو شماره صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز با آگاهی و پذیرش حق بیمه سرانه ماهانه برقراری پوشش 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 / / اقدام لازم معمول فرمایند.
با توجه به اینکه کلیه اقدامات لازم در ارتباط با این درخواست 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.

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	تاهل	شغل

تلفن ثابت: تلفن همراه: کد پستی: ایمیل:

آدرس:

تاریخ: امضاء: اثر انگشت:

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 / / با پرداخت سرانه حق بیمه 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، ضمن پذیرش تمامی موارد ذیل
تعهد می نمایم در صورت عدم رعایت موارد مذکور مسئول جبران خسارت وارده به صندوق و بازپرداخت وجوه اضافه دریافتی
می باشم.

موارد قطع شرایط استفاده فرزندان تحت تکفل از مزایای صندوق

- ازدواج فرزندان (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 بیمه سرانه درمان به صندوق آینده ساز بوده و در صورت قطع پرداخت کسور بازنشستگی و یا عدم پرداخت حق بیمه سرانه درمان، پوشش بیمه درمان از تاریخ قطع ملغی خواهد شد و سرانه های ماهانه قابل پرداخت تا پایان قرارداد سال جاری (پایان سال ۱۳۹۹) به عنوان بدهی در پرونده عضو منظور می گردد و در صورت عدم تسویه مبلغ بدهی، صندوق می تواند از ذخایر بازنشستگی عضو مبلغ بدهی را کسر نماید.
- تنها در ابتدای هر سال امکان حذف و یا اضافه کردن افراد تحت تکفل وجود دارد و در صورت حذف فرد می بایستی سرانه درمان ماهانه تا پایان سال به صندوق پرداخت گردد (موارد استثناء شامل تولد، مرگ، ازدواج و طلاق افراد تحت تکفل می باشد).

ایمیل:

کدپستی:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس:

اثرائنگشت:

امضاء:

تاریخ: