

# فرم کاهش اسفند ۱۳۹۹

(این فرم فقط مخصوص کاهش تعداد اعضای می باشد)

**شامل فرزندان تمامی همکاران + همسر کارکنان آقا**

بیمه تکمیلی ملایبی :

**شامل پدر و مادر و همسر کارکنان خانم**

بیمه تکمیلی خاص :

اینجانب : ..... کد پرسنلی : ..... تلفن همراه : ..... در تاریخ ۱۳۹۹ / ۱۳ / ۱۳ متقاضی کاهش تعداد

افراد زیر مجموعه خود که در جدول ذیل درج گردیده بوده و به اداره محل خدمت خود کالت میدهم چنانچه از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۲ افراد ذکر شده از خدمات بیمه تکمیلی بهره مند و یا فسارتی دریافت نموده باشند، عین مبلغ فسارت دریافتی را، به صورت کامل و یکجا از حقوق اینجانب کسر نماید.

## مشخصات افرادی که باید حذف شوند

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی (۱۰ رقم)	نسبت با بیمه شده				علت حذف
			فرزند	همسر کارکنان آقا	پدر	مادر	
۱							
۲							
۳							
۴							

تذکر ۱: بیمه گذار محترم ، اطلاعات را با دقت وارد نمایید در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست ، در صورت بروز مشکل هنگام پرداخت خسارت های درمان مسئولیت به عهده شما خواهد بود .  
تذکر ۲: با توجه به مفاد قرارداد همکاران در انتخاب گزینشی فرزندان جهت بیمه طلائی مختار نبوده و آقایان در صورت بیمه همسر می بایست تمامی فرزندان خود را که به لحاظ شرایط عمومی قرارداد توان عضو شدن را دارند به عضویت در آورند و لذا حذف آنها و یا نوشتن نام آنها در فرم مقدور نبوده و چنانچه این مورد باعث عدم پرداخت خسارت درمان گردد مسئولیت آن به عهده همکار خواهد بود ، همچنین همکاران خانم نیز نمی توانند به صورت گزینشی فرزندان خود را بیمه نمایند و در صورت بیمه نمودن یکی از فرزندان می بایست دیگر فرزندان حائز شرایط و همسر را نیز تحت پوشش بیمه قرار دهند.

امضاء بیمه شده اصلی