



سازمان بیمه خدمات درمانی

اداره کل بیمه خدمات درمانی

استان تهران

شماره:

تاریخ:

فرم صدور اولیه - افزایش عائله

کد شناسایی: ۱۴۱۵۰۰۰۱۶

[illegible]

تنظیم کنندہ:

مسئول درآمد:

مسئول:

تعهد نامه بیمه شدگان تبعی ۲ (تبعی ۲ درجه ۲) کارکنان دولت

مشمولین: عبارتند از کلیه افراد معرفی شده از جانب بیمه شده اصلی (کارمند) اعم از پدر، مادر، ناپدری، نامادری، خواهر و برادر، خواهر ناتنی، برادر ناتنی، پدر بزرگ، مادر بزرگ، عروس، داماد و نوه طبق آیین نامه و ضوابط مورد عمل سازمان بیمه خدمات درمانی

تعهدات بیمه گزار (اداره محل اشتغال)

بیمه گزار متعهد می گردد با توافق بیمه شده اصلی حق درمان سرانه را طبق مصوبات هیئت دولت در همان سال، به مدت حداقل سه سال، از حقوق وی بصورت ماهیانه کسر و به حساب بیمه خدمات درمانی واریز نماید. رعایت شرط خانوار الزامی است. درخصوص فرزندان تحت پوشش قرار گرفتن تمامی فرزندان زیر ۱۸ سال اجباری است. در صورت استعفا، اخراج، بازخرید و یا مرخصی بدون حقوق بیمه گزار متعهد می گردد نسبت به پرداخت حق سرانه بصورت کامل و یکجا به مدت ماه های باقیمانده تا پایان مدت تعهد به حساب بیمه خدمات درمانی اقدام نماید.

تعهدات بیمه گر:

۱. کلیه تعهدات بیمه گر اعم از خدمات سرپائی و بستری طبق ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و مصوبات سالانه هیئت وزیران بوده و میزان فرانشیز مورد تعهد سازمان همه ساله براساس مصوبه مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.
- تذکر: هزینه های انجام شده توسط بیمه شدگان صرفاً در بیمارستان های طرف قرارداد در تعهد سازمان بیمه خواهد بود.
۲. بیمه گر متعهد می گردد صدور دفاتر درمانی را برای متقاضیان پس از دریافت اولین حق بیمه سرانه طبق لیست حقوقی انجام دهد.
۳. آغاز ارائه خدمات به بیمه شدگان صرفاً پس از صدور دفترچه امکانپذیر خواهد بود.

مدت تعهد نامه:

این قرارداد حداقل به مدت **سه سال** منعقد می گردد و چنانچه بیمه شده اصلی متقاضی ابطال دفاتر درمانی افراد تبعی خود قبل از اتمام دوره تعهد باشد، بیمه گزار ملزم به کسر حق بیمه سرانه تا پایان مدت تعهد نامه خواهد بود. (مگر در موارد قانونی مانند ازدواج، طلاق، فوت، اشتغال به کار و ...)

تذکر: پس از اتمام دوره سه ساله، در صورت تمایل به استمرار پوشش بیمه از سوی بیمه شده اصلی تعهد پرداخت به « یکسال » کاهش خواهد یافت.

تاریخ اعتبار:

تاریخ اعتبار دفاتر درمانی بیمه شدگان بمدت سه سال از تاریخ قرارداد می باشد.

کلیه مفاد مندرج در تعهد نامه مورد قبول اینجانب کارمند اداره	کسر حق بیمه درمان طبق مفاد فوق تعهد می شود.
تاریخ	مهر و امضاء ذی حساب/عامل ذی حساب/امور مالی
امضاء بیمه شده اصلی	تاریخ