



از کلیه بازنشستگان گرامی که خواستار حذف و یا اضافه نمودن افراد تحت پوشش خود در قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۲/۰۹/۰۱ می باشند، خواهشمند است نسبت به تکمیل اطلاعات ذیل اقدام فرمایند. بدیهی است اداره امور رفاهی بر مبنای اطلاعات تکمیل شده اقدام خواهد نمود.

**مشخصات کامل بازنشسته - وظیفه بگیر**

نام : ..... نام خانوادگی : .....  
نام پدر : ..... شماره شناسنامه : .....  
محل صدور : ..... تاریخ تولد (روز/ماه/سال) : .....  
کد ملی : ..... شماره دفتر کل : .....  
وضعیت کاری : بازنشسته رسمی ☐ بازنشسته قراردادی ☐ وظیفه بگیر ☐

وضعیت ایثارگری : ایثارگر ☐ عادی ☐ نوع بیمه: خدمات درمانی ☐ تامین اجتماعی ☐

شماره حساب شبای بیمه تکمیلی : ..... IR.....

شماره تلفن همراه : ..... شماره تلفن منزل : .....

**مشخصات افراد زیرمجموعه**

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی | شماره شناسنامه | تاریخ تولد<br>/ / | تحت<br>تکفل | غیر تحت<br>تکفل | نسبت | طرح انتخابی |   |
|------|--------------------|---------|--------|----------------|-------------------|-------------|-----------------|------|-------------|---|
|      |                    |         |        |                |                   |             |                 |      | ۱<br>(اصلی) | ۲ |
| ۱    |                    |         |        |                |                   |             |                 |      |             |   |
| ۲    |                    |         |        |                |                   |             |                 |      |             |   |
| ۳    |                    |         |        |                |                   |             |                 |      |             |   |
| ۴    |                    |         |        |                |                   |             |                 |      |             |   |
| ۵    |                    |         |        |                |                   |             |                 |      |             |   |

توضیح ۱: فرصت اعلام حذف و اضافه شدن به دلیل تولد، ازدواج، استخدام و یا فوت تا قبل از سه ماه می باشد و بعد از مدت اعلام شده هیچگونه اقدامی ندارد.

توضیح ۲: کلیه افراد متقاضی اضافه و یا حذف نمودن افراد تحت پوشش خود باید این فرم را تکمیل نموده و باز نشستگان در فرودگاههای کشور به امور اداری فرودگاه ذریبط و بازنشستگان در تهران به اداره امور رفاهی شرکت در مهلت مقرر ارسال نمایند در غیر اینصورت براساس لیست سال گذشته که در سیستم بیمه تعریف شده است اقدام خواهد شد و در خواست های بعدی بدون اقدام خواهد بود.

ضمناًس از اخذ قرارداد، مفاد قرارداد به همراه دستورالعمل آن جهت استفاده و اطلاع رسانی هرچه بهتر در اختیار کلیه بازنشستگان قرار می گیرد  
فرم فوق در تاریخ ..... توسط آقای/خانم ..... به اداره امور رفاهی تحویل گردید.