

کد صادرک

05 FM 2001

فرم

تعهد نامه بیمه شدگان تبعی ۳ کارکنان دولت



سازمان بیمه خدمات درمانی  
قانون بیمه خدمات درمانی سال

مشمولین : عبارتند از کلیه افراد معرفی شده از جانب بیمه شده اصلی (کارمند) اعم از کلیه فرزندان که از شمول بیمه خارج شده اند پدر، مادر، ناپدری، نا مادری، خواهر و برادر، خواهر ناتنی، برادر ناتنی ، پدر بزرگ ، مادر بزرگ، عروس، داماد و نوه طبق آئین نامه و ضوابط مورد عمل سازمان بیمه خدمات درمانی،  
تعهد بیمه گزار (اداره محل اشتغال): بیمه گزار متعهد می گردد با توافق بیمه شده اصلی حق درمان سرانه را طبق مصوبات هیات 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 ۲۰ سال اجباری است.

در صورت استعفا، اخراج، بازنحید و یا مرخصی بدون حقوق بیمه گزار متعهد می گردد نسبت به پرداخت حق سرانه بصورت کامل و یکجا به مدت ماههای باقیمانده تا پایان مدت تعهد به حساب بیمه خدمات درمانی اقدام نماید.  
تعهدات بیمه گر : ۱- کلیه تعهدات بیمه گر اعم از خدمات سرپایی و بستری طبق ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و مصوبات سالانه هیات 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 بیمارستانهای 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 منقذ 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 بکار و.....)

تذکر : پس از اتمام دوره سه سال، 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 سه سال از تاریخ قرارداد می باشد.

کلیه مفاد مندرج در تعهد نامه مورد قبول اینجانب ..... می باشد.  
کارمند اداره .....  
تاریخ: .....  
امضاء بیمه شده اصلی

مهر و امضاء ذیجساب / امور مالی  
تاریخ: .....  
کسر حق بیمه درمان طبق مفاد فوق تعهد می شود.