



«بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ»

کد درخواست:

تاریخ:

«فرم بیمه فرزندان بانوان کارمند ثابت شهرداری تهران»

درخواست و تعهد نامه:

احتراماً اینجانب ... کارمند بازنشسته / شاغل در ... داد ای شناسنامه شماره ... و دفترچه درمانی شماره ... با علم و اطلاع از مقررات بیمه درمانی شهرداری تهران تقاضای دریافت دفترچه بیمه درمانی جهت فرزندان خویش به شرح مندرج درجدول زیر را دارم. بدیهی است مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در این درخواست به عهده اینجانب بوده و چنانچه در هر زمان خلاف آن به طور کل و یا جزء ثابت شود اداره کل رفاه مجاز خواهد بود نسبت به کسر دو برابر از هزینه‌های انجام شده جهت افراد بیمه شده در این درخواست به طور یک جا اقدام و حسب موضوع را جهت پیگیری به مراجع قانونی ذیصلاح اعلام نماید. همچنین حق اعتراض را دراین زمینه از خود سلب نموده و متعهد می‌شوم هر نوع تغییر در شرایط مندرج در این فرم را کتباً و در اسرع وقت اعلام نمایم.

مشخصات همسر:		
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	رشته تحصیلی:
شغل (در صورت داشتن شغل آزاد، نوع آنرا ذکر فرمائید):		
میزان درآمد ماهیانه:	نوع بیمه:	
آدرس و تلفن محل کار:		
آدرس و تلفن محل سکونت:		

وضعیت سرپرستی فرزندان:

همسر در قید حیات میباشد همسر فوت شده مطلقة سایر موارد

در صورت طلاق و یا فوت همسر تصویر مدارک لازم در خصوص حضانت فرزندان را ضمیمه فرمائید.

مشخصات فرزندان:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	میزان تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل	سابقه بیمه (نوع و تاریخ بیمه را شرح دهید)
1						
2						
3						

«در صورت لزوم هر گونه توضیح مورد نظر را در پشت همین برگه ذکر فرمائید.»

محل امضاء متقاضی
تاریخ

نمونه: جهت تماس در مواقع ضروری شماره تماس قابل دسترسی را اعلام فرمائید.

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید: