

شرکت سهامی بیمه ایران - مدیریت محترم شعبه ممتاز شمیران

ردیف یک

با سلام و احترام؛

اینجانب آقای / خانم کد ملی شماره پرسنلی کارمند / هیت علمی / بازنشسته واحد متقاضی
اخذ مدارک بیمارستانی آقای / خانم دارای کد ملی نسبت به شماره تماس ثابت
شماره همراه آدرس

جهت استفاده از سهم بیمه گر پایه هستم . خواهشمنداست دستور فرمائید مدارک بیمارستانی را تحویل اینجانب نمایند تا در اسرع وقت فتوکپی برابر اصل
مدارک و حواله یا چک دریافتی از سازمان اسناد پزشکی بیمه سلامت یا بیمه تامین اجتماعی را تحویل شعبه نمایم و در صورت دریافت سهم بیمه گر پایه ،
مازاد بر سقف فرانشیز را عیناً به حساب بیمه ایران واریز نموده و همچنین در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر اول اصل مدارک به این شعبه عودت داده
خواهد شد . شایان ذکر است چنانچه به هر دلیل به تعهدات فوق عمل ننمایم در صورت اعلام مکتوب شرکت بیمه گر به دانشگاه مبالغ اعلام شده از حقوق و
مزایای اینجانب کسر گردد .

امضاء و اثر انگشت متقاضی (بیمه شده اصلی)

تاریخ:/...../.....

ردیف دو

شرکت سهامی بیمه ایران - مدیریت محترم شعبه ممتاز شمیران

احتراماً ، با توجه به تعهدات مندرج در این برگه و پذیرش مفاد آن توسط جناب آقای /سرکار خانم بدینوسیله گواهی می گردد
نامبرده تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی طرح مربوط به قرارداد مورخ لغایت می باشد .

مهر و تایید اداره کل امور مالی

ردیف سه

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

بازگشت به نامه شماره: مورخ: پرونده بیمارستان: به شماره: به
تعداد: برگ که در مورخ: به جناب آقای /سرکار خانم تحویل شد و ایشان متعهد شدند که اصل یا کپی برابر
اصل حواله پرداختی و مدارک بیمارستانی دریافتی از بیمه گر اول را به این شعبه در اسرع وقت تحویل نمایند.
تذکرات زیر به اینجانب توسط بیمه ایران اعلام گردید و بدینوسیله ضمن اعلام موارد ذیل ملزم به رعایت آنها می باشم.
۱. عودت کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی به اینجانب تذکر داده شده است.
۲. تحویل رسید یا حواله اینترنتی بیمه سلامت و یا بیمه تامین اجتماعی به اینجانب تذکر داده شده است.
۳. در صورت داشتن استند و یا لنز داخل چشمی و یا پرتز به صورت جداگانه و مجزا با هزینه های بیمارستانی توسط بیمه گر باید درج گردد.
۴. در صورت عدم تحویل مدارک درخواستی به شرکت سهامی بیمه گر ایران بابت پرونده بیمارستانی بیمه شده اصلی / تحت تکفل و یا در صورت دریافت سهم
بیمه گر مازاد بر سقف فرانشیز را عیناً به حساب بیمه ایران واریز نمایم در غیراینصورت با توجه به تعهد ردیف یک توسط اینجانب، مراتب به دانشگاه تهران
جهت کسر از حقوق اعلام گردد .
اینجانب: موارد فوق را به صورت کامل قبول دارم و تایید می نمایم.

امضاء تحویل دهنده مدارک :

امضاء و اثر انگشت تحویل گیرنده مدارک (بیمه شده اصلی) :