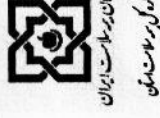


کد مدرک:

08 FM 029 00

فرم

تعهد نامه بیمه شدگان تبعی ۳۰۲ کارکنان دولت



سازمان بهداشت ایران

اداره کل سلامت

**تعهد نامه بیمه شدگان تبعی ۳۰۲ کارکنان دولت**

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

**تعهد بیمه گزار (اداره محل اشتغال):** بیمه گزار متعهد می گردد با توافق بیمه شده اصلی حق بیمه درمان سرانه را طبق مصوبات هیات دولت در همان سال، به مدت **حداقل یکسال** از حقوق وی به صورت ماهیانه کسر و به حساب اداره کل بیمه سلامت واریز نماید. رعایت شرط خانوار الزامی است. در خصوص فرزندان، تحت پوشش قرار گرفتن تمامی فرزندان زیر **۱۸ سال** اجباری است. در صورت استعفاء، اخراج، بازخرید، مرخصی بدون حقوق و یا فوت بیمه شده اصلی، بیمه گزار متعهد می گردد نسبت به تحویل کلیه دفاتر جهت ابطال اقدام و یا نسبت به پرداخت حق سرانه به صورت کامل و یکجا به مدت ماههای باقیمانده تا پایان مدت تعهد به حساب سازمان بیمه سلامت ایران 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 هیات وزیران بوده و میزان فرانشیز مورد تعهد سازمان همه ساله بر اساس مصوبه مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد، همچنین پرداخت خسارت متفرقه طبق ضوابط سازمان انجام می پذیرد.

۲- بیمه گر متعهد می گردد صدور دفاتر درمانی را برای متقاضیان پس از دریافت اولین حق بیمه سرانه طبق لیست حقوقی انجام دهد. با عنایت به اینکه اعتبار دفاتر درمانی بیمه شدگان **یک سال** از تاریخ قرارداد می باشد چنانچه بیمه شده اصلی و موسسه بیمه گزار متقاضی ابطال دفاتر درمانی افراد تبعی ۳۰۲ خود قبل از اتمام دوره تعهد باشد، بیمه گزار ملزم به کسر حق بیمه سرانه تا پایان مدت قرارداد خواهد بود و ابطال دفترچه مگر در موارد قانونی مانند ازدواج، طلاق، فوت، اشتغال به کار (منجر به پوشش بیمه ای) امکان پذیر نمی باشد و در پایان قرارداد، در صورت عدم اعلام انصراف بیمه شده اصلی یا موسسه بیمه گزار از استمرار قرارداد، بیمه نامه به مدت یکسال دیگر تمدید و استرداد حق بیمه دریافتی امکانپذیر نمی باشد. لازم به ذکر است در صورت درخواست ابطال دفترچه پس از پایان قرارداد یکساله، توقف یا عدم کسر حق بیمه، در ماه بعد اعمال خواهد گردید.

برقراری بیمه افراد تبعی ۳۰۲ که دفاتر آنان بدلیل قانونی ابطال گردیده است مجدداً در صورت تقاضا با رعایت ضوابط مقررات بیمه شده تبعی ۳۰۲ امکان پذیر خواهد بود.  
**تاریخ اعتبار:** اعتبار دفاتر درمانی بیمه شدگان **یک سال** از تاریخ قرارداد می باشد و ابطال دفاتر معتبر بیمه شدگان تبعی ۳۰۲ بجز موارد قانونی امکانپذیر نخواهد بود.  
به هنگام تمدید و تمویض دفاتر بیمه افراد تبعی ۳۰۲، بمنظور کنترل رعایت شرط خانوار، رؤیت اصل شناسنامه افراد، الزامی است.

کلیه مفاد مندرج در تعهد نامه مورد قبول اینجانب ..... کارمند اداره ..... می باشد و کسر حق بیمه درمان طبق مفاد فوق تعهد می گردد.

مهر و امضاء ذیحساب / امور مالی

تاریخ:

امضاء بیمه شده اصلی

تاریخ:

اداره بیمه سلامت شهرستان ...

موضوع: تعهد نامه صدور اولیه و تمدید تبعی ۲ و تبعی ۳

با سلام و صلوات بر حضرت محمد(ص) و خاندان پاکش

احتراما" با عنایت به درخواست آقای ..... به عنوان سرپرست یابست پوششی بیمه افراد  
بیمی ۲ / تبعی ۲ به شرح جدول ذیل.

" این اداره متعهد می گردد مبلغ حق سرانه را از حقوق نامبرده به مدت یکسال کسر و به حساب  
اداره بیمه سلامت واریز نماید."

قابل ذکر است در صورتیکه بیمه شده اصلی متقاضی ابطال نقاتر درمانی افراد تبعی خود قبل از  
اتمام دوره تعهد باشد، بیمه گذار 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 ... )

نام نام خانوادگی	کد ملی	تبعیت

مهر و امضاء اداره بیمه گذار.....