

فرم الف

فرم درخواست مازاد درمانی همکاران محترم بازنشسته تامین اجتماعی

امور کارکنان و رفاه

با سلام

احتراما اینجانب (بازنشسته / مستمری بگیر تامین اجتماعی) متقاضی بیمه مازاد درمانی برای خود و افراد تحت تکفل به شرح زیر برای تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۴/۰۳/۳۱ میباشم. خواهشمند است دستور فرمایید اقدام لازم بعمل آورند.

☐ متقاضی پرداخت نقدی حق بیمه درمان سالانه یکجا : فیش واریزی به مبلغ ریال پیوست می باشد

☐ متقاضی پرداخت اقساطی حق بیمه درمان: فرم ب و ضامنه آن پیوست می باشد

ردیف	کد پرسنلی	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت

نام و نام خانوادگی : امضاء و اثر انگشت : تاریخ : /

۱۴ /

شماره شب واریز هزینه های درمانی: بانک

فرم ب

درخواست پرداخت اقساطی حق بیمه درمان (در صورت پرداخت نقدی این قسمت تکمیل نگردد)

با سلام

احتراما اینجانب فرزند با کد ملی و

شماره شناسنامه بازنشسته و مستمری بگیر تامین اجتماعی با علم و اطلاع از شرایط توافق نامه

فی مابین شرکت توانیر و بانک رفاه مربوط به کسر حق بیمه درمان از محل موجودی حساب مشمولین بازنشسته تامین

اجتماعی نزد بانک رفاه، متقاضی استفاده از این فرآیند می باشم.

فرم ج

درخواست بیمه عمر و حوادث بازنشستگان صنعت برق (صرفاً با پرداخت نقدی و فیش جداگانه)

تاریخ: ۱۴۰۳/ /

امور کارکنان و رفاه

با سلام

احتراماً اینجانب متقاضی تحت پوشش قرار گرفتن بیمه عمر و حادثه از تاریخ ۱۴۰۳/۴/۱

لغایت ۱۴۰۴/۳/۳۱ به مدت یک سال با پرداخت کل حق بیمه سالیانه یکجا و نقدی می باشم خواهشمند است دستور فرمایید اقدام لازم به عمل آورند.

ضمناً فیش واریزی حق بیمه به شماره مورخ به مبلغ ریال پیوست می باشد.

امضا:

اثر انگشت:

فرم د

درخواست بیمه عمر و مصوب بازنشستگان صنعت برق (صرفاً با پرداخت نقدی و فیش جداگانه)

تاریخ: ۱۴۰۳/ /

امور کارکنان و رفاه

با سلام

احتراماً اینجانب متقاضی تحت پوشش قرار گرفتن بیمه عمر و مصوب از تاریخ ۱۴۰۳/۴/۱

لغایت ۱۴۰۴/۳/۳۱ به مدت یک سال با پرداخت کل حق بیمه سالیانه یکجا و نقدی می باشم خواهشمند است دستور فرمایید اقدام لازم به عمل آورند.

ضمناً فیش واریزی حق بیمه به شماره مورخ به مبلغ ریال پیوست می باشد.

امضا:

اثر انگشت