

تاریخ: ۱۳۸۹ / ۱۲ / ۲۷
شماره: ۳۵۲ / ۱۳۱۹۴۴
پیوست: دارد

ذیحسابی / امور مالی

وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسه‌ها و شرکت‌های دولتی

با سلام و احترام،

نظر به اینکه قرارداد بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان و موظفان با شرکت آتیه‌سازان حافظ از تاریخ ۱۳۸۷/۱/۱ (با ارائه خدمات بهتر و تسهیلات بیشتر) تمدید شده و تا پایان اسفند ۱۳۸۷ اعتبار خواهد داشت و کلیه بازنشستگان و موظفان با پرداخت حق بیمه ماهیانه به میزان یک درصد حقوق (بازنشستگی / وظیفه) به همراه کلیه افراد تحت تکفل، طبق مفاد قرارداد، تحت پوشش بیمه مزبور قرار خواهند گرفت، خواهشمند است با رعایت نکات زیر و اطلاع‌رسانی مقتضی به افراد مذکور، اقدام لازم را معمول فرمائید.

بازنشستگان و موظفانی که به هر دلیل تمایل به استفاده از خدمات بیمه را ندارند، ضروری است فرم انصراف پیوست را تا بیستم خرداد ۱۳۸۷ تکمیل و به امور مالی یا ذیحسابی دستگاه متبوع تحویل نمایند. شایسته است، امور مالی یا ذیحسابی دستگاه مربوط ضمن خودداری از ارسال فرم انفرادی منصرفین، دیسکت مشخصات آنان را یک جاتی نامه اداری تا پایان خرداد ۱۳۸۷ در تهران به اداره کل استان تهران و در استان‌ها با درج در فرم ۱/۱ (صورت پرداخت قطعی) به مدیریت‌های استانی این سازمان ارسال نمایند. آن دسته از افرادی که پس از پایان مهلت فوق‌الذکر (بیستم خرداد ۱۳۸۷) بازنشسته یا وظیفه‌بگیر می‌شوند در صورت عدم تمایل به استفاده از بیمه، می‌بایست حداکثر دو ماه پس از تاریخ صدور حکم برقراری حقوق، فرم انصراف را تکمیل و از طریق دستگاه متبوع طی نامه اداری به این سازمان ارسال نمایند. بدیهی است تاریخ‌های فوق قابل تمدید نبوده و عدم تکمیل و تحویل فرم انصراف توسط بازنشستگان و موظفان در مهلت مقرر به منزله موافقت با کسر حق بیمه از حقوق بازنشستگی یا وظیفه آنان تا پایان سال و استفاده از مزایای بیمه می‌باشد. این سازمان پس از خاتمه مهلت‌های مذکور هیچ‌گونه مسؤلیتی در قبال پذیرش درخواست اشتراک و یا انصراف متقاضیان بیمه تکمیلی

درمان، نخواهد داشت / ۰ / ۸۶/۱۲/۲۸

محسن بازاری نوبی
سرپرست معاونت اداری و مالی



فرم انصراف بیمه مکمل درمان بازنشستگان و موظفان
مشترک صندوق بازنشستگی کشوری
در سال ۱۳۸۷

ذیحسابی / امور مالی
وزارت خانه / سازمان / اداره کل / شرکت

با سلام و احترام ،

بازنشسته : اینجانب دفتر کل
وظیفه‌بگیر : اینجانب ورثه مرحوم دفتر کل

بدینوسیله انصراف خود را از خدمات بیمه مکمل درمان بازنشستگان تا پایان سال ۱۳۸۷ اعلام و با
امضاء ذیل این انصراف نامه حق هر گونه اعتراض و درخواست برقراری مجدد آن را در طی سال
جاری از خود سلب و ساقط می‌نمایم /۰

تاریخ و امضاء بازنشسته / وظیفه‌بگیر

آدرس محل سکونت :

تلفن :