بسمه تعالي

**فرم تقاضاي بيمه تكميلي طرح بدون دارو ويزيت سال 1396**

**(مبلغ هر نفر 288،000ریال)**

|  |  |
| --- | --- |
| احتراما اينجانب ....................... ......... ......... ......... متولد سال ......................... نام پدر............................................. به كد ملي |  |

كارمند رسمي🖵 پيماني🖵 قراردادي🖵 طرحي🖵 شاغل در ........................ ........................ ........................ ... ........................ ........................ ..................... متقاضي طرح بيمه تكميلي بدون دارو و ويزيت بر اساس مشخصات جدول زير مي باشم.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام | نام خانوادگي | كد ملي | نام پدر | نسبت | سال تولد |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

تذكرات مهم:

* پرسنلي كه از تاريخ 1/12/1396 لغايت 30/11/1397 پايان طرح، انتقال، بازخريد و بازنشسته مي شوند مي بايست كل مبلغ حق بيمه تكميلي را تا پايان قرارداد پرداخت نمايند.
* دفترچه بيمه پايه براي استفاده از بيمه تكميلي الزامي است.
* پرسنلي كه سال قبل متقاضي بيمه تكميلي نبوده اند مي بايست فتوكپي كارت ملي و دفترچه بيمه پايه خود وافراد تحت پوشش را تحويل نمايند.
* در مدت قرارداد تغيير طرح بدون دارو ويزيت به طرح با دارو و ويزيت به هيچ وجه امكان ندارد.
* ثبت نام فرزندان ذكور بالاي 25 سال در صورت عدم ارائه گواهي اشتغال به تحصيل و فرزندان اناث در صورت ازدواج مشمول قوانين پرداخت خسارت بيمه تكميلي نخواهند بود.

امضاء متقاضي

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تلفن همراه: |  | شماره حساب |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تلفن منزل: |  | شماره شبا |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IR |