

فرم تقاضای طرح بیمه تکمیلی دانشگاه

(مبلغ هر نفر ۸۰,۰۰۰ ریال)

احتراما اینجانب نام پدر..... متولد سال به کد ملی

کارمند رسمی پیمانی قراردادی طرحی شاغل در

متقاضی طرح بیمه تکمیلی دانشگاه بر اساس مشخصات کلیه افراد تحت تکفل خود می باشم.

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	نسبت	سال تولد
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

تذکرات مهم:

- اجرای این طرح از تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۱ لغایت ۱۳۹۶/۱۱/۳۰ می باشد.
- پرسنلی که از تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۱ لغایت ۱۳۹۶/۱۱/۳۰ پایان طرح، انتقال، بازخرید و بازنشسته می شوند می بایست کل مبلغ حق بیمه تکمیلی را تا پایان طرح پرداخت نمایند.
- دفترچه بیمه پایه برای استفاده از بیمه تکمیلی الزامی است.
- تحویل فتوکپی کارت ملی و دفترچه بیمه پایه الزامی است.
- در مدت طرح امکان لغو آن از سوی متقاضی نمی باشد.
- پرسنل شاغل مرد می بایست تمام افراد تحت تکفل خود را بیمه نمایند. (همسر در صورتی که شاغل نباشد اجباری است)
- پرسنل شاغل زن فقط می توانند خود و افراد تحت تکفلشان جز طرح بیمه تکمیلی دانشگاه ثبت نام نمایند.
- ثبت نام فرزندان ذکور بالای ۲۵ سال در صورت عدم ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و فرزندان اناث در صورت ازدواج مشمول طرح بیمه تکمیلی دانشگاه نخواهند بود.
- صرفا هزینه های بیمارستانی و جراحی که در بخش دولتی واحدهای تابعه دانشگاه ارائه می شود و در تعهد بیمه گر پایه می باشد رایگان است. (منظور فرانشیز هزینه های بیمارستانی و جراحی می باشد)

امضا متقاضی

تلفن همراه:

تلفن منزل: