

بسمه تعالی

## فرم تقاضای بیمه تکمیلی طرح با دارو ویزیت سال ۱۳۹۶

(مبلغ هر نفر ۳۸,۷۰۰۰ ریال)

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

کارمند رسمی  پیمانی  قراردادی  طرحی  شاغل در .....

متقاضی طرح بیمه تکمیلی با دارو و ویزیت بر اساس مشخصات جدول زیر می باشم.

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	نسبت	سال تولد
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						

تذکرات مهم:

- پرسنلی که از تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۱ لغایت ۱۳۹۶/۱۱/۳۰ پایان طرح، انتقال، بازرخید و بازنشسته می شوند می بایست کل مبلغ حق بیمه تکمیلی را تا پایان قرارداد پرداخت نمایند
- دفترچه بیمه پایه برای استفاده از بیمه تکمیلی الزامی است.
- پرسنلی که سال قبل متقاضی بیمه تکمیلی نبوده اند می بایست فتوکپی کارت ملی و دفترچه بیمه پایه خود و افراد تحت تکفل را تحویل نمایند.
- در مدت قرارداد تغییر طرح با دارو ویزیت به طرح بدون دارو و ویزیت به هیچ وجه امکان ندارد.
- اجرایی شدن تعهدات دارو و ویزیت در صورتی انجام می پذیرد که تعداد پرسنل متقاضی و افراد تحت پوشش حداقل به ۵۰۰ نفر برسد؛ در غیر این صورت کلیه ثبت نام شدگان مشمول طرح بدون دارو و ویزیت تلقی خواهند شد.
- ثبت نام فرزندان ذکور بالای ۲۵ سال در صورت عدم ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و فرزندان اناث در صورت ازدواج مشمول قوانین پرداخت خسارت بیمه تکمیلی نخواهند بود.

امضاء متقاضی

تلفن همراه:	شماره حساب	
تلفن منزل:	شماره شبا	IR