

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

(مبلغ هر نفر ۳۰۰،۰۰۰ ریال)

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

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

متقاضی طرح بیمه تکمیلی بدون 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 بدون دارو ویزیت به طرح با دارو و ویزیت به هیچ وجه امکان ندارد.
- 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

										شماره حساب	تلفن همراه:	
IR											شماره شبا	تلفن منزل:

