باسمه تعالي

پیوست شماره یک

**فرم تمدید ثبت نام بيمه درمان تكميلي شركت بيمه دانا در سال 1402-1401**

**اينجانب.........................فرزند.............پرسنل شاغل در واحد/ مرکز............................................وابسته به دانشگاه علوم پزشكي استان اصفهان بدينوسيله اعلام مي نمايم خواستار عضويت در بيمه درمان تكميلي شرکت بيمه دانا با مبلغ حق بيمه ماهیانه نقره­ای 000/890/1 ريال  و حق بیمه ماهیانه طرح طلایی 000/220/2 ریال به ازاي هر نفرمی باشم و امور مالي واحد موظف است در طول مدت قرارداد كه از تاريخ 01/05/1401 تا تاريخ 31/ 04/1402 می باشد ، مطابق با حق بيمه مربوطه وتعداد اعضاي تحت پوشش كه در زير آمده است، مجموعاً ماهيانه مبلغ .................... ريال از حقوق اينجانب كسر نمايد.**

**اطلاعات بيمه شده اصلي (پرسنل مربوطه): شماره شبای بیمه شده اصلی RI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **جنسیت** | **نام پدر** | **شماره شناسنامه** | **كد ملي** | **تاريخ تولد** | **شماره حساب** | **نام بانک** | **شماره تلفن همراه** |
| **سال** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**اعضاي تحت پوشش :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **نسبت با بيمه شده اصلي** | **جنسیت** | **نام پدر** | **شماره شناسنامه** | **كد ملي** | **تاريخ تولد** |
| **سال** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**یادآوری 1) ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اختیاری می‌باشد و پیگیری دریافت هزینه‌های درمانی از طریق رابط محترم امور بیمه‌ای آن مرکز می‌باشدو جهت اعمال مرور زمان در اسناد هزینه های کارکنان ، تحویل اسناد هزینه های درمانی تا 30 روز بعد از انجام آن می باشد.**

**یادآوری 2) ثبت نام پدر و مادر بیمه شده اصلی منوط به ثبت نام تمامی اعضای خانواده ایشان می باشد.**

**یادآوری 3) متقاضیانی که فرم ثبت نام و درخواست آنها از طریق فایل Excel به شرکت بیمه ارسال می‌گردد در طول قرارداد حق انصراف نخواهند داشت و تحویل مدارک و مستندات مربوط به هزینه های درمانی کارکنان به شرکت بیمه حداکثر تا دو ماه خواهد بود و در صورت عدم ارسال مدارک و مستندات درمانی در زمان مقرر، و مشمول مرورزمان قرارگرفتن هزینه های درمانی برعهده بیمه شده اصلی می باشد.**

**یادآوری 4) متقاضیانی که وضعیت استخدام آنان در قالب شرکت‌های طرف قرارداد یا بازنشسته دانشگاه می‌باشند می‌بایست حق بیمه ثبت‌نام خود را طی فیش‌ واریزی با کد شناسه همان مرکز به صورت (12 ماهه) کل مدت قرارداد تحویل رابط امور بیمه‌ای مرکز نمایند.**

**یادآوری 5)** مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام:

1- کپی شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه

2- کپی کارت ملی بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه

3- یک قطعه عکس 4🞪3 از بیمه شده اصلی

**محل امضا:**

**مسؤول امور مالي واحد رابط بیمه درمان تکمیلی واحد بيمه شده اصلي**