

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه ایران در سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

اینجانب.....فرزند.....پرسنل شاغل در واحد/مرکز.....وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان بدینوسیله اعلام می نمایم خواستار عضویت در بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه ایران می باشم و امور مالی واحد مختار است در طول مدت قرارداد از تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۰۱ تا تاریخ ۱۴۰۵/۰۴/۳۱، مطابق با حق بیمه مربوطه و تعداد اعضای تحت پوشش که در زیر آمده است، مجموعاً ماهیانه مبلغ ریال از حقوق اینجانب کسر نماید.

اطلاعات بیمه شده اصلی (پرسنل مربوطه):

نام و نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	شماره شبای حساب بیمه شده اصلی	نام بانک	طرح انتخابی	شماره تلفن همراه
					سال				

اعضای تحت پوشش :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی	جنسیت	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	طرح انتخابی	تاریخ تولد
								سال

یادآوری (۱) ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اختیاری می باشد و پیگیری دریافت هزینه های درمانی از طریق رابط محترم امور بیمه ای آن مرکز می باشد.

یادآوری (۲) ثبت نام پدر و مادر بیمه شده اصلی منوط به ثبت نام تمامی اعضای خانواده ایشان می باشد.

یادآوری (۳) متقاضیانی که فرم ثبت نام و درخواست آنها از طریق فایل Excel به شرکت بیمه ارسال می گردد 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 مرور زمان قرار گرفتن هزینه های درمانی برعهده بیمه شده اصلی می باشد.

یادآوری (۴) متقاضیانی که وضعیت استخدام آنان در قالب شرکت های طرف قرارداد تامین نیرو دانشگاه می باشد حق بیمه ثبت نام خود را توسط شرکت پرداخت و فیش مربوطه تحویل کارشناس محترم بیمه ای مرکز نمایند.

یادآوری (۵) مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام:

۱- کپی شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه

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

۳- یک قطعه عکس ۳×۴ از بیمه شده اصلی

محل امضا:

بیمه شده اصلی

رابط بیمه درمان تکمیلی واحد

مسئول امور مالی واحد