

۲۱۵۲

تاریخ :
شماره :
پیوست :



بسمه تعالی
برگ درخواست عضویت در بیمه تکمیلی درمان گروهی

اینجانب با شماره مستخدم و شماره کارمندی سمت :

صندوق بازنشستگی : ۷% ۹% وضعیت ایثارگری : جانباز آزاده نوع استخدام : رسمی قراردادی بیمه ای
و مشخصات جدول زیر رضایت خود را برای عضویت در بیمه تکمیلی اعلام می نمایم و در این رابطه به شرکت اجازه می دهم جمع حق بیمه ماهانه اینجانب و اعضای خانواده ام را از حقوق ماهانه اینجانب برای واریز به حساب شرکت بیمه گر برداشت نماید .

امضاء کارمند مهر و امضاء محل کار شماره تلفن محل کار :
تلفن منزل یا شماره همراه :

شماره سریال دفترچه بیمه	محل صدور	شماره شناسنامه	سن	تاریخ تولد			نام پدر	نام و نام خانوادگی	مشخصات
				سال	ماه	روز			
									کارمند
									همسر
									پدر
									مادر
									فرزندان (طبق توضیح ذیل)

افراد تحت تکفل شامل : کارمند ، همسر دائمی ، فرزندان دختر تا زمان مجرد (و نیز در صورت متارکه وفات همسر بر اساس ضوابط قانونی) و برای پسران تا ۲۵ سال و در صورت اشتغال به تحصیل برای رشته پزشکی ۲۶ سال با ارائه گواهی تحصیلی و فرزندان معلول ذهنی ، پدر و مادر .
توضیح : پدر و مادر کارمند ، فرزندان پسر تا سن ۲۵ سالگی در صورت داشتن یا نداشتن دفترچه بیمه گراول می توانند تحت پوشش این بیمه نامه باشند .
افراد غیر تحت تکفل شامل : همسر کارمندان زن ، فرزندان کارمندان زن بدون برگ حضانت (و فرزندان ذکور تا سن ۲۵ سالگی) ، پدر و مادر کارمند زن در صورتیکه دارای دفترچه بیمه گراول نباشند می توانند تحت پوشش این بیمه نامه بوده و فقط مشمول دریافت هزینه های درمانی از بیمه تکمیلی برابری ضوابط قرارداد میباشند .
- مبلغ سرانه حق بیمه پس از انتخاب و تعیین شرکت بیمه گراعمل و از طریق سایت شرکت اطلاع رسانی خواهد شد و در این رابطه سقف پوشش سالانه برای هزینه بستری بمیزان ۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال (به استثناء زایمان و موارد استثناء شده مقررات بیمه مرکزی) و برای شش عمل تخصصی ۷۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و مجموع هزینه های سرپایی، پاراکلینیکی و عیوب انکسار چشم به میزان ۴ دیوپتر و بیشتر به میزان ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال با فرانشیز ۳۰% خواهد بود .
- عضویت در طرح بیمه تکمیلی فوق الذکر داوطلبانه و پرداخت ۱۰۰% حق بیمه بعهده کارمند می باشد .
- طرح قرارداد مستقیم با بیمارستان ها برابر طرح درمان کارکنان شرکت همچنان بقوت خود باقی می باشد .