



تاریخ :
شماره :
پیوست :

بسمه تعالی
برگ درخواست عضویت در بیمه تکمیلی درمان گروهی

اینجانب

باشماره مستخدم

وشماره کارمندی

سمت :

صندوق بازنشستگی: ۷٪ ۹٪ وضعیت اینارگري: جانباز آزاده نوع استخدام: رسمي قراردادي بیمه اي
ومشخصات 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
				روز	ماه	سال			
									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 وفوت 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 برابر 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 به میزان ۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال (به استثناء از ایمن 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 دیویتر 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.