

فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان گروهی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (بهمین ۱۴۰۲)

همکار محترم خواهشمند است مشخصات بیمه شده اصلی بصورت خوانا و کامل در جدول ذیل درج گردد. مهلت ثبت نام و تحویل فرم: یکشنبه ۱۴۰۲/۱۱/۲۹

نام : .....															
نام خانوادگی : .....															
شماره شناسنامه :				تاریخ تولد : ۱۳ / /				کد ملی :				نام پدر :			
محل صدور :				تلفن همراه :				تلفن ثابت : ۰۵۸				جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن			
واحد محل کار :															

ضمن مطالعه جدول تعهدات و موافقت با کسر حق بیمه ماهیانه توسط امور مالی از حقوق اینجانب و واریز به حساب شرکت بیمه در طول مدت اعتبار قرارداد تمایل خود را به استفاده از خدمات جهت افراد تحت تکفل خود بشرح ذیل اعلام می دارم.

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	محل صدور	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			کد ملی	جنسیت	نسبت	تحت تکفل/غیر تحت تکفل
						روز	ماه	سال				
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												

توضیحات: (۱) تحویل تصویر کارت ملی و شناسنامه بیمه شدگان همراه با این فرم الزامی است.

(۲) افراد تبعی شامل: همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل قانونی

(۳) برای بیمه شدگان با سن بالاتر از ۶۵ سال ۵۰ درصد به حق بیمه طرح انتخابی اضافه می شود.

(۴) طرحهای مورد نظر خود را بترتیب اولویت در جدول زیر بنویسید. (حد نصاب اجرای هر طرح ۲۰۰ نفر بوده و در صورت ثبت نام کمتر از ۲۰۰ نفر در

انتخاب اول، اولویت با انتخاب بعدی می باشد. - شایان ذکر است فرانشیز بیمه تکمیلی درمان ۱۰٪ درصد می باشد.

انتخاب اول	طرح شماره :
انتخاب دوم	طرح شماره :
انتخاب سوم	طرح شماره :

حق بیمه ماهانه به ریال			
همگانی	طرح یک	طرح دو	طرح سه
۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	۴,۲۵۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰

مدیر محترم بیمه دی:

بیمه شده اصلی امضاء تاریخ

مشخصات بیمه شده اصلی به همراه افراد تبعی در سامانه حقوق و دستمزد ثبت و حق بیمه از حقوق و مزایا کسر و پرداخت می گردد.

حسابدار امضاء تاریخ

همکار محترم: جهت کسب اطلاعات بیشتر و ملاحظه جدول تعهدات به سایت اینترنتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی مراجعه و یا با دفتر کارگزار و مشاور بیمه دانشگاه

(سرکار خانم حسن زاده) تماس حاصل فرمایید. (۰۵۸۳۲۲۴۸۴۶۰ \*\*\* ۰۹۱۵۱۸۷۳۸۸۱)