

فرم ثبت نام بیمه عمر و حوادث گروهی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (بهمن ۱۴۰۱)

همکار محترم خواهشمند است مشخصات بیمه شده 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 :				جنسیت : <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد			
نام محل کار :				تلفن ثابت : ۰۵۸				تلفن همراه :			

ضمن مطالعه جدول تعهدات و سرمایه فوت بیمه عمر و حوادث گروهی و موافقت با کسر حق بیمه توسط امور مالی از حقوق اینجانب و واریز به حساب شرکت بیمه، تمایل خود را به استفاده از بیمه نامه مذکور 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 تکفل
						روز	ماه	سال				
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												

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 ۷۰ سال ۱۰۰ درصد به حق بیمه طرح انتخابی اضافه می شود.

(۴) ثبت نام والدین بالای ۷۰ سال با پیش شرط سابقه بیمه ای در سنوات گذشته یا با اخذ تست سلامت از پزشک معتمد

(۵) طرحهای مورد نظر خود را بترتیب اولویت در جدول زیر بنویسید. (حد نصاب اجرای هر طرح ۱۰۰ نفر بوده و در صورت ثبت نام کمتر از ۱۰۰ نفر در

انتخاب اول، اولویت با انتخاب بعدی می باشد.) - شایان ذکر است مبلغ حق بیمه عمر و حوادث سالانه طی چهار قسط کسر می گردد.

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

ردیف	تعهدات	سرمایه (ریال) طرح اول	سرمایه (ریال) طرح دوم	سرمایه (ریال) طرح سوم
۱	فوت به هر علت	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	فوت بعلت حادثه	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	نقص عضو و ازکارافتادگی دائم به علت حادثه	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه هر نفر سالانه (با محاسبه مالیات بر ارزش افزوده)	۴,۳۷۹,۵۸۲	۵,۹۷۴,۲۹۲	۷,۹۶۵,۷۲۲

بیمه شده اصلی امضاء تاریخ

مدیر محترم بیمه دی:

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)