



فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه ایران در سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

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 ۱۴۰۵/۰۵/۰۱ تا تاریخ ۱۴۰۶/۰۴/۳۱، 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 روز/ماه/سال	شماره شبای حساب بیمه شده اصلی ۲۴ رقم	نام بانک	طرح انتخابی	شماره تلفن همراه
								طرح یک ☐	
								طرح دو ☐	
								طرح سه ☐	
بیمه باید: ☐ تأمین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ سایر.....					بیمه تکمیلی قبلی:		مدت پوشش:		
آیا پرسنل از نیروی شرکتی تأمین نیرو می باشد؟ ☐ خیر ☐ بله					نام شرکت:		وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐		

اعضای تحت پوشش:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی (پدر-مادر-همسر-فرزند)	جنسیت	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد روز/ماه/سال

پاه آوری ۱: ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اختیاری میباشد و دیگری دریافت هزینه های درمانی از طریق رابط محترم امور بیمه های آن مرکز میباشد.

پاه آوری ۲: ثبت نام پدر و مادر بیمه شده اصلی امکان پذیر خواهد بود .

پاه آوری ۳: متقاضیانی که فرم ثبت نام و درخواست آنها از طریق فایل Excel به شرکت بیمه ارسال میگردد 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.

پاه آوری ۴: متقاضیانی که وضعیت استخدام آنان در قالب شرکتهای طرف قرارداد تعیین نیرو دانشگاه میباشد میبایست حق بیمه ثبت نام خود را توسط شرکت پرداخت و فیش مربوطه تحویل کارشناس محترم بیمه ای مرکز نمایند.

پاه آوری ۵: مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام: ۱- کپی شناسنامه بیمه شده اصلی و اقراه زیر مجموعه ۲- کپی کارت ملی بیمه شده اصلی و اقراه زیر مجموعه

بیمه شده اصلی

رابط بیمه درمان تکمیلی واحد

مسئول امور مالی واحد