باسمه تعالي

پیوست شماره یک

**فرم ثبت نام بيمه درمان تكميلي شركت بيمه ایران در سال 1405-1404**

**اينجانب.........................فرزند.............پرسنل شاغل در واحد/ مرکز............................................وابسته به دانشگاه علوم پزشكي استان اصفهان بدينوسيله اعلام مي نمايم خواستار عضويت در بيمه درمان تكميلي شرکت بيمه ایران می باشم و امور مالي واحد مختار است در طول مدت قرارداد از تاريخ 01/05/1404 تا تاريخ 31/ 04/1405، مطابق با حق بيمه مربوطه وتعداد اعضاي تحت پوشش كه در زير آمده است، مجموعاً ماهيانه مبلغ .................... ريال از حقوق اينجانب كسر نمايد.**

**اطلاعات بيمه شده اصلي (پرسنل مربوطه):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **جنسیت** | **نام پدر** | **شماره شناسنامه** | **كد ملي** | **تاريخ تولد** | **شماره شبای حساب بیمه شده اصلی** | **نام بانک** | **طرح انتخابی** | **شماره تلفن همراه** |
| **سال** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**اعضاي تحت پوشش :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **نسبت با بيمه شده اصلي** | **جنسیت** | **نام پدر** | **شماره شناسنامه** | **کدملی** | **طرح انتخابی** | **تاريخ تولد** |
| **سال** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**یادآوری 1) ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اختیاری می‌باشد و پیگیری دریافت هزینه‌های درمانی از طریق رابط محترم امور بیمه‌ای آن مرکز می‌باشد.**

**یادآوری 2) ثبت نام پدر و مادر بیمه شده اصلی منوط به ثبت نام تمامی اعضای خانواده ایشان می باشد.**

**یادآوری 3) 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 مرورزمان قرارگرفتن هزینه های درمانی برعهده بیمه شده اصلی می باشد.**

**یادآوری 4) متقاضیانی که وضعیت استخدام آنان در قالب شرکت‌های طرف قرارداد تامین نیرودانشگاه می‌باشند می‌بایست حق بیمه ثبت‌نام خود را توسط شرکت پرداخت و فیش مربوطه تحویل کارشناس محترم بیمه ای مرکز نمایند.**

**یادآوری 5)** مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام:

1- کپی شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه

2- کپی کارت ملی بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه

3- یک قطعه عکس 4🞪3 از بیمه شده اصلی

**محل امضا:**

**مسؤول امور مالي واحد رابط بیمه درمان تکمیلی واحد بيمه شده اصلي**