



بیمه

فرم اطلاعات بیمه تکمیلی درمان جمعی

مدیرعامل محترم شرکت تعاونی دخان خدمات

با سلام و احترام ، اینجانب

کدملی :

عنوان شغلی :

شاغل در استان :

نوع استخدام

به آن شرکت محترم

وکالت می دهم که ماهیانه به تعداد خود و افراد تحت تکفل بنده ، بابت حق بیمه درمان تکمیلی جمعی از حقوق و مزایا و مطالبات قانونی اینجانب کسر و به حساب شرکت بیمه طرف قرارداد واریز نمایند .

وابستگی	نام و نام خانواد	نسبت	نام پدر	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت		وضعیت تاهل		شماره بیمه	تاریخ استخدام	نام بانک (پرداخت کننده حقوق)	شماره حساب	شماره شب	تلفن ثابت و تلفن همراه
				روز	ماه	سال			زن	مرد	متاهل	مجرد						
بیمه شده اصلی (خود)																		
بیمه شده فرعی																		
بیمه شده فرعی																		
بیمه شده فرعی																		
بیمه شده فرعی																		
بیمه شده فرعی																		
بیمه شده فرعی																		
بیمه شده فرعی																		

توجه : با عنایت به اینکه شرکت بیمه گر جهت ارائه خدمات مطلوب تر نیاز به اطلاعات جامع و کاملتری درخصوص بیمه شدگان دارد؛ لذا تکمیل فرم و انتخاب یکی از گزینه های مذکور در ذیل (الف و ب) توسط

همکاران شاغل متقاضی و ارسال آن به شرکت تعاونی دخان خدمات الزامی است.

ضمناً لازم به ذکر است :

1. منظور از اعضای خانواده ؛ همسر ، فرزندان و والدین تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشد که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی می باشند.

2. فرزندان ذکور تا سن بیست و دو سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و شش سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال بکار می توانند از پوشش فوق استفاده نمایند.

3. لازم به ذکر است پوشش بیمه تکمیلی همکاران منوط به تکمیل و درج اطلاعات صحیح در جدول فوق می باشد.

4. اطلاعات درخواستی مربوط به شماره حساب ، نام بانک و تلفن همراه و ثابت صرفاً "مربوط به بیمه شده اصلی می باشد .

5. در صورت هرگونه جابه جایی اعم از (انتقال ، مرخصی بدون حقوق ، باز خرید خدمت و...) مراتب در اسرع وقت کتیباً به این شرکت اعلام گردد در غیراینصورت این شرکت هیچگونه تعهدی در قبال بیمه شدگان ندارد .

6. در صورت ثبت نام جهت استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان ، امکان حذف بیمه شده به هر دلیلی (بازنشستگی ، پایان مأموریت ، ازدواج ، مرخصی بدون حقوق و ...) وجود ندارد و حق بیمه از تاریخ قطع همکاری تا اتمام قرارداد

به صورت 100٪ از بیمه شده کسر و به حساب شرکت بیمه گر طرف قرارداد واریز خواهد شد.

امضاء اثر انگشت

الف . مایل به استفاده از بیمه تکمیلی هستم ب. مایل به استفاده از بیمه تکمیلی نیستم