به نام خدا

فرم درخواست ثبت نام بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه البرز

شرکت خدمات بیمه ای بهین پوشش البرز تاریخ:.....

با سلام

احتراما" اینجانب ..... به کدملی ..... پرسنل شرکت ..... به کد کارگاهی تامین اجتماعی (نام کد کارگاهی دفترچه)..... تقاضای ثبت نام جهت یکسال پوشش بیمه درمان تکمیلی از تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۰۱ لغایت ۱۳۹۹/۱۰/۰۱ را دارم .

شرایط و مدارک :

۱-ارائه کپی کارت ملی(کلیه بیمه شدگان) -کپی صفحه اول دفترچه بیمه پایه(کلیه بیمه شدگان) -کپی کارت بازرگانی جهت سرپرست (یا شرکت کارفرما).

۲-پوشش درمان تکمیلی صرفا جهت سرپرست ، همسر قانونی، فرزندان تحت تکفل (با لحاظ شرایط سنی مجاز) و والدین تحت تکفل که دارای بیمه پایه (تامین اجتماعی) می باشند امکان پذیر است.

۳-والدین تحت تکفل شامل والدین اصلی سرپرست می باشد که دارای دفترچه بیمه تامین اجتماعی با کد کارگاهی بیمه شده اصلی(سرپرست) باشند.

۴- فرزندان مونث مجرد ۱۸ سال و بالاتر باید جهت دریافت خسارت کپی برابر اصل تمام صفحات شناسنامه را به شرکت بیمه ارائه نمایند.

۵- فرزندان ذکور مجرد بین ۲۱ تا ۲۵ سال باید جهت دریافت خسارت گواهی اشتغال به تحصیل معتبر را به شرکت بیمه ارائه نمایند.(فرزندان ذکور مشغول به خدمت نظام وظیفه شامل بیمه تکمیلی نمی باشند.)

۶-مدارک هزینه های درمانی ارسالی به عنوان اسناد حسابداری بوده و به هیچ عنوان عودت داده نمی شود.

۷- پرداخت هزینه های درمانی بیمارستانی و پاراکلینیکی مشمول مفاد قرارداد مطابق با تعرفه های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سندیکای بیمه گران کشور می باشد و برای هزینه های آزاد با کسر فرانشیز قرارداد صورت خواهد پذیرفت .

۸-حذف از لیست تا انتهای قراداد میسر نخواهد بود.

۹-دوره انتظار افرادی که دارای بیمه تکمیلی پیوسته نمی باشند ، برای اعمال جراحی خاص ۳ ماه و برای گروه زایمان ۶ ماه خواهد بود.

۱۰-پوشش دندانپزشکی شامل طرح والدین نمیگردد.

۱۱-حداکثر مدت تحویل مدارک پزشکی ۳ ماه پس از تاریخ پذیرش بیمار و ۱ماه پس از دریافت سهم بیمه گر پایه (سازمان تامین اجتماعی) می باشد.

۱۲- پرداخت حق بیمه جهت هر نفر به صورت ذیل محاسبه می شود :

	رده سنی	حق بیمه/ هر نفر/ماهانه
بیمه شده اصلی- همسر- فرزند تحت تکفل-والدین تحت تکفل	۰-۶۰	۵۴۵،۰۰۰ ریال
بیمه شده اصلی- همسر- فرزند تحت تکفل- والدین تحت تکفل	۶۱-۷۰	۸۱۷،۵۰۰ریال
بیمه شده اصلی- همسر- فرزند تحت تکفل- والدین تحت تکفل	۷۱-۱۲۰	۱،۰۹۰،۰۰۰ریال

ردیف	نام نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کدملی	شماره شناسنامه	نسبت
۱						سرپرست خانواده
۲						همسر
۳						فرزند
۴						فرزند
۵						فرزند
۷						پدر(تحت تکفل)
۸						مادر(تحت تکفل)

شماره شبا حساب بانکی سرپرست خانواده: (جهت واریز خسارات درمانی کلیه اعضای خانواده)

بانک:..... شماره همراه سرپرست:.....

نام و نام خانوادگی و امضا متقاضی.....

آدرس دفتر مرکزی : شیراز، چهارراه قصرالدشت ،روبروی بانک ملی ،بن بست ۹۲، مجتمع البرز، طبقه۲
تلفن ،۳۶۳۰۲۰۵۱-۳۶۳۰۲۰۵۰-۳۶۱۶۱۵۳