



## فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه دانا در سال ۹۸-۱۳۹۷

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 دانا با مبلغ حق بیمه ماهیانه ۷۳۰/۰۰۰ ریال به ازای هر نفر می باشم و امور مالی واحد موظف است در طول مدت قرارداد که از تاریخ ۱۳۹۷/۵/۱ تا تاریخ ۱۳۹۸/۴/۳۱ می باشد، 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 (پر سنل مربوطه):

شماره تلفن همراه	نام بانک	شماره حساب	تاریخ تولد	کد ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	جنسیت	نام و نام خانوادگی
			سال					

اعضای تحت پوشش:

تاریخ تولد	کد ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی	نام و نام خانوادگی	ردیف

یادآوری (۱) ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اختیاری می باشد و پیگیری دریافت هزینه های درمانی از طریق رابط محترم امور بیمه ای آن مرکز می باشد.

یادآوری (۲) ثبت نام پدر و مادر بیمه شده اصلی منوط به ثبت نام تمامی اعضای خانواده ایشان می باشد.

یادآوری (۳) متقاضیانی که فرم ثبت نام و درخواست آنها از طریق فایل Excel به شرکت بیمه ارسال می گردد در طول قرارداد حق انصراف نخواهند داشت.

یادآوری (۴) متقاضیانی که وضعیت استخدام آنان در قالب شرکت های طرف قرارداد دانشگاه می باشد می بایست حق بیمه ثبت نام خود را طی فیش واریزی با کد شناسه همان مرکز به صورت (۱۲ ماهه) کل مدت قرارداد تحویل رابط امور بیمه ای مرکز نمایند.

یادآوری (۵) مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام:

۱- کپی شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه

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

۳- یک قطعه عکس ۳×۴ از بیمه شده اصلی

۴- کپی صفحه اول دفترچه بیمه

محل امضا:

مسئول امور مالی واحد

رابط بیمه درمان تکمیلی واحد

بیمه شده اصلی