شرکت بیمه البرز (سهامی عام)

(پرسشنامه مشخصات بیمه شدگان بیمه درمان تکمیلی گروهی)

لطفا فرم ذیل را با دقت و خط خوانا تکمیل فرمائید.

نام:

نام خانوادگی:

فرزند: شماره شناسنامه/کدملی:

تاریخ تولد: روز/ماه/سال: محل صدور: کد پرسنلی:

واحد محل خدمت: بدینوسیله با توجه به انعقاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی اداره/ سازمان / شرکت:

مبنی بر ارائه پوشش درمان تکمیلی جهت کارکنان و افراد تحت تکفل، ضمن موافقت با کسر حق بیمه ماهیانه توسط امور محترم مالی (حسابداری) از حقوق اینجانب و. واریز به حساب شرکت بیمه البرز در طول مدت اعتبار قرارداد تمایل خود را به استفاده از پوشش فوق الذکر بشرح ذیل اعلام میدارم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	ش شناسنامه	صادره	تاریخ تولد روز/ماه/سال	نسبت	تحت تکفل / غیر تحت تکفل
۱						همسر	
۲						فرزند	
۳						فرزند	
٤						فرزند	
٥						فرزند	
٦						فرزند	
۷						پدر (بیمه شده اصلی)	
۸						مادر (بیمه شده اصلی)	

تلفن متقاضی: ثابت/ همراه:

امضا:

تاریخ:

توجه:

۱- ثبت اسامی کلیه افراد تحت تکفل جهت ارائه پوشش بیمه ای فوق الذکر الزامی است (بدیهی است، در صورتی که تنها تعدادی از اعضاء تحت تکفل متقاضی باشند، پوشش مذکور صرفاً جهت بیمه شده اصلی ارائه می گردد)

۲- بیمه شدگان تا سن ٦۰ سال تمام با حق بیمه پایه و بیمه شدگان بین ٦۰ تا ۷۰ سال با ۵۰٪ افزایش و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال ۱۰۰٪ افزایش تحت پوشش قرار می گیرند.

۳- فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا ۳۰ سال تمام با حق بیمه پایه تحت پوشش قرار می گیرند. (همراه داشتن اصل شناسنامه در زمان دریافت خسارت الزامی است)

٤- تامین پوشش مربوط به پدر و مادر غیر تحت تکفل کارکنان اناث (که همسر آنان شاغل در آن سازمان محترم نمی باشند،) تنها درصورت اخذ پوشش بیمه ای جهت همسر و فرزندان امکان پذیر خواهد بود.

۵- **الف: همسر و فرزندان غیر تحت تکفل** کارکنان شاغل اناث با حق بیمه پایه تحت پوشش قرار می گیرند.

ب: والدین غیر تحت تکفل کارکنان شاغل اعم از اناث و ذکور با ۱/۵ برابر حق بیمه پایه تحت پوشش قرار می گیرند.

٦- مدارک مورد نیاز:

٦-۱- تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه شده اصلی.

٦-۲- ارائه کپی شناسنامه برابر اصل شده فرزندان اناث مجرد بالای ۱۸ سال هر ٦ ماه یکبار (در زمان دریافت خسارت)

٦-۳- تصویر صفحه اول دفترچه درمانی بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل.

٦-٤- یک قطعه عکس ٤×۳ پشت نویسی شده از بیمه شده اصلی.

مهلت تحویل: ۹۰/۰۸/۱۵

تلفن جهت پاسخگویی: ۰۹۱۵۴۲۲۲۲۶۱

www.alborzinsurance.ir