

فرم افزایش بیمه دانا تیر ۱۴۰۲

این فرم مخصوص همکارانی است که سال گذشته عضو بیمه دانا بوده و در سال جدید خواستار افزایش تعداد اعضا می باشند

اینجانب (همکار بیمه شده): با کد پرسنلی: و کد ملی: و تلفن:

در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۱۴ با اطلاع کامل از تعهدات و مفاد قرارداد بیمه تکمیلی متقاضی افزایش تعداد افراد تحت پوشش خود به شرح ذیل می باشم .

مشخصات افرادی که در قرارداد جدید می بایست به عضویت بیمه تکمیلی افزایش یابند

ردی ف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی (۱۰ رقم)	محل صدور	تاریخ تولد	نوع بیمه پایه	نسبت با بیمه شده		
								همسر کارکنان مذکر	همسر کارکنان مونث	فرزند یا مادر
۱						/ / /				
۲						/ / /				
۳						/ / /				
۴						/ / /				

تذکر : ۱: بیمه گذار محترم ، اطلاعات را با دقت وارد نمایید . (در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست ، در صورت بروز مشکل هنگام پرداخت خسارت های درمان مسئولیت به عهده شما خواهد بود
مبلغ حق بیمه برای همسر و فرزندان کارکنان مذکر و فرزندان کارکنان مونث به ازای هر نفر ۱۳۵۰۰۰۰ ریال و حق بیمه مربوط به والدین تمامی کارکنان و همسر کارکنان اناث مبلغ ۳۹۵۰۰۰۰ ریال می باشد.
تذکر ۳: با توجه به مفاد قرارداد همکاران در انتخاب گزینشی فرزندان جهت بیمه تکمیلی مختار نبوده و آقایان در صورت بیمه همسر می بایست تمامی فرزندان خود را که به لحاظ شرایط عمومی قرارداد توان عضو شدن را دارند به عضویت در آورند و لذا حذف آنها و یا ننوشتن نام آنها در فرم مقدور نبوده و چنانچه این مورد باعث عدم پرداخت خسارت درمان گردد مسئولیت آن به عهده همکار خواهد بود ، همچنین همکاران خانم نیز نمی توانند به صورت گزینشی فرزندان خود را بیمه نمایند و در صورت بیمه نمودن یکی از فرزندان می بایست همسر و دیگر فرزندان حائز شرایط را بیمه نمایند.

اینجانب..... از تاریخ شروع قرارداد بیمه تکمیلی به حسابداری محل خدمت خود وکالت می دهم حق بیمه مربوطه به خود و افراد تحت تکفلم را کسر و به حساب شرکت بیمه واریز نماید

امضاء بیمه شده اصلی