

برنام خلافت نجام

فرم درخواست پوشش مزاد درمان تکمیلی گروهی سازمان نظام پزشکی شهرستان ساری

بیمه شده محترم لطفاً این فرم را با خط خوانا تکمیل و پس از پاسخگویی به کلیه سوالات به سازمان متبوعه تحویل نمایید.

اینجانب آقا / خانم به کد نظام پزشکی شماره درخواست پوشش مزاد درمان تکمیلی گروهی طی قرارداد شماره سازمان نظام پزشکی شهرستان ساری را دارم.

بدینوسیله مشخصات بیمه شده اصلی (ردیف اول) و افراد خانواده (همسر ، فرزندان ، پدر و مادر) خود را جهت استفاده از این پوشش به شرح ذیل به سازمان مربوطه اعلام میدارم .

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	تلفن همراه	نسبت با بیمه شده اصلی	وضعیت تکفل (تحت اغیر تحت)
۱							بیمه شده اصلی	بیمه شده اصلی
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								

جهت پدر و مادر با وضعیت تحت تکفل بیمه شده اصلی، شماره بیمه گر پایه الزامیست و می بایست در ستون وضعیت تکفل قید گردد. (تصویر صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه یا تاییدیه بیمه گزار سازمان نظام پزشکی شهرستان ساری مبنی بر تحت تکفل بودن پدر یا مادر)

-ارائه پوشش به فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال ، با گواهی اشتغال به تحصیل امکانپذیر و ارائه آن به سازمان متبوعه الزامیست.
-در خصوص بیمه عمر و حوادث گروهی منضم به بیمه نامه درمان مزاد تکمیلی جهت بیمه شدگان اصلی ، ذینفع سرمایه فوت به هر علت ، وراث قانونی می باشد.

- اطلاعات حساب بانکی بیمه شده اصلی:

نام بانک	نوع حساب	شماره حساب	شماره شبا
			IR

سوابق بیمه ای بیمه شده اصلی:

شماره دفترچه / کد بیمه گر پایه	نام بیمه گر پایه	نام بیمه گر قبلی (مازاد درمان تکمیلی گروهی)	مدت پوشش بیمه مازاد درمان قبلی (ماه)

* در صورت عدم اطلاع از شماره دفترچه یا کد بیمه گر پایه به سایت بیمه گر پایه مانند " تأمین من " مراجعه گردد.

مشخصات چک ضمانت پرداخت حق بیمه در وجه

ردیف	شماره سریال چک	تاریخ چک	مبلغ چک (ریال)
۱			
۲			

* تبصره: دو فقره چک فوق الذکر بعنوان ضمانت پرداخت حق بیمه نزد سازمان نظام پزشکی به رسم امانت باقی می ماند و در صورت عدم پرداخت اقساط به هر علتی کارسازی می گردد.

-اطلاعات کلیه بند ها و جداول فوق مطالعه و صحت آن مورد تأیید اینجانب می باشد.

-تکمیل این فرم هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه گر ایجاد نکرده و در صورت عدم انعقاد قرارداد و یا عدم پرداخت حق بیمه کامل هیچ نوع خسارتی قابل پرداخت نخواهد بود. (به فرمهای ناقص ترتیب اثر داده نمیشود)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی

امضا و تاریخ