

اطلاعیه شماره ۱

قابل توجه پرسنل شرکت

- ۱- تمامی پرسنل متقاضی درمان تکمیلی الزاماً باید جدول درخواست بیمه تکمیلی را پر نمایند نام و تمامی مشخصات افراد تحت تکفل خود را در صورت درخواست، در لیست قید نمایند.
 - ۲- شخص فقط زمانی می تواند پدر و مادر خود را به بیمه تکمیلی اضافه نماید که پدر و مادر تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی نفر اصلی باشد (سن ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۰٪ حق بیمه اضافه و سن بین ۷۰ تا ۸۰ سال ۱۰۰٪ حق بیمه اضافه پرداخت نمایند).
 - ۳- اگر نفر اصلی به هر دلیلی اخراج شود یا خودش درخواست حذف از بیمه را نماید اگر قبل از آن هزینه ای از بیمه استفاده کرده باشد تمامی حق بیمه تا آخر قرار داد از حقوق ایشان کسر خواهد شد.
 - ۴- درخواست اضافه شدن به بیمه درمان در اواسط قرار داد قابل قبول نمی باشد، مگر اینکه شخص تازه به نیروهای شرکتی اضافه شده باشد آن هم فقط تا سه ماه فرصت اضافه شدن به بیمه را دارد.
 - ۵- دره انتظار برای افرادی که در لیست اولیه بیمه باشند حذف و برای افرادی که در ماه های بعد به لیست اضافه شوند برای جراحی ۳ ماه و برای سزارین ۹ ماه می باشد.
 - ۶- این قرار داد یکساله بوده و تمدید مجدد آن دارای افزایش حق بیمه خواهد بود.
- * شخصی که تازه ازدواج کرده یا تولد فرزند جدید دارد، تا سه ماه فرصت دارد که همسرش یا فرزندش را به بیمه تکمیلی با تقاضای کتبی اضافه نماید.
- ((سقف تعهدات به صورت سالانه بوده است و جدول هزینه ها و مراکز طرف قرارداد در سایت شرکت امید خزر قرار دارد.))
- موارد فوق با دقت مورد مطالعه قرار گرفته و مورد تأیید اینجانب می باشد.
- توضیح: متقاضیانی که درخواست اضافه شدن به لیست بیمه تکمیلی را دارند تصویر صفحات شناسنامه خود و دیگر اشخاص متقاضی را همراه با امضاء این اطلاعیه به شرکت ارسال نمایند.

نام و نام خانوادگی

امضاء

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نام پدر