

اطلاعیه شماره ۱

قابل توجه پرسنل شرکت امید خزر

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 نیرو های 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.

* 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 قرار داد در سایت شرکت امید خزر قرار دارد.))

موارد فوق بادقت 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	کدملی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نام پدر