"**فرم تغییرات بیمه تکمیلی**"

**به : مدیر عامل محترم شرکت سلامت گلستان**

اینجانب ....................................... از کارکنان شاغل در .........................شهرستان......................

با عنوان شغلی ......................................... درخواست اضافه و یا حذف

بیمه تکمیلی خود را دارم.

اطلاعات اشخاصی که مایل هستم اضافه و یا حذف شوند به شرح ذیل میباشد:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام ونام خانوادگی | نسبت | نام پدر | کدملی | تاریخ تولد |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

قابل توجه پرسنل شرکت سلامت گلستان

1-تمامی پرسنل متقاضی درمان تکمیلی الزاماً باید جدول درخواست بیمه تکمیلی را پر نمایند نام وتمامی مشخصات افراد تحت تکفل خود رادرصورت درخواست، در لیست قید نمایند .

2-شخص فقط زمانی می تواند پدر ومادر خود را به بیمه تکمیلی اضافه نماید که پدر ومادر تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی نفر اصلی باشد(سن 60تا70 سال 50% حق بیمه اضافه و سن بین 70تا 80 سال 100% حق بیمه اضافه پرداخت نمایند.)

3-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.

4-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.

5-دوره انتظار برای افرادی که در لیست اولیه بیمه باشند حذف می گردد و افرادی که در ماه های بعدی اضافه شوند برای جراحی خاص 3 ماه و برای سزارین 9 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 وجدول هزینه ها ومراکز طرف قرارداد در سایت شرکت سلامت قراردارد.))

 موارد فوق بادقت مورد مطالعه قرار گرفته ومورد تائید اینجانب می باشد.\*

 تاریخ :

 امضاء :