

فرم ثبت نام بیمه عمر و حوادث گروهی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (بهمان ۹۴)

مهلت ثبت نام و تحویل فرم: شنبه ۹۴/۱۱/۲۵

مشخصات بیمه شده اصلی:

نام:													
نام خانوادگی:													
محل صدور:				شماره شناسنامه:				تاریخ تولد: / / ۱۳				کد ملی:	
جنسیت:		<input type="checkbox"/> مرد		<input type="checkbox"/> زن		تلفن همراه:		تلفن ثابت:		واحد محل خدمت:		۰۵۸	
نام پدر:						شماره حساب بیمه شده اصلی (بانک ملت):							

با توجه به انعقاد قرار داد بیمه عمر و حوادث گروهی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی مبنی بر ارائه پوشش جهت کارکنان و افراد تحت تکفل، ضمن موافقت با کسر حق بیمه توسط امور مالی از حقوق اینجانب و واریز به حساب شرکت بیمه، تمایل خود را به استفاده از بیمه مذکور جهت کلیه افراد تحت تکفل خود بشرح ذیل اعلام می دارم.

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	محل صدور	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			کد ملی	جنسیت	نسبت	تحت تکفل یا غیر تحت تکفل
						روز	ماه	سال				
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												

ردیف	تعهدات	سرمایه طرح اول (ریال)	سرمایه طرح دوم (ریال)
۱	فوت به هر علت	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (کلی و جزئی) به علت حادثه	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	فوت بعلت حادثه	۹۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
حق بیمه به ازای هر نفر ماهانه (ریال)		۱۳/۰۰۰	۴۳/۰۰۰

انتخاب طرح: لطفاً "طرحهای مورد نظر خود را بترتیب اولویت در جدول زیر بنویسید. (حد نصاب اجرای هر طرح ۲۰۰ نفر بوده و در صورت ثبت نام کمتر از ۲۰۰ نفر در انتخاب اول، اولویت با انتخاب بعدی می باشد.)

تاریخ و امضاء بیمه شده اصلی

انتخاب اول	طرح شماره:
انتخاب دوم	طرح شماره:

همکار محترم: ثبت نام این بیمه نامه بصورت اختیاری و مازاد بر بیمه عمر و حادثه اجباری کارکنان (مصوب هیات وزیران) می باشد.