



رئیس محترم اداره کارگزینی، رفاه و بازنشستگی

احتراماً اینجانب ..... فرزند ..... به شماره ملی .....

تقاضای عضویت در بیمه تکمیلی شرکت نوین را دارم لذا اسامی بیمه شدگان مورد تایید اینجانب از تاریخ شروع قرارداد مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ لغایت ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ به شرح ذیل به حضورتان ارسال می گردد .

شماره حساب بانک ملی	شماره شبا بانک ملی	IR
---------------------	--------------------	----

لطفاً بصورت خوانا و خوش خط نوشته شود

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت بیمه شده	شماره ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد روز/ماه/سال
۱			سرپرست خانواده			
۲			همسر			
۳			فرزند			
۴			فرزند			
۵			فرزند			
۶			فرزند			
۷			پدر			
۸			مادر			

امضاء بیمه شده اصلی

تذکرات مهم:

- ۱- لازم به ذکر است بعد از عقد قرارداد انصراف و یا عضویت جدید امکانپذیر نمی باشد .
- ۲- جهت صدور بیمه تکمیلی درمان برای پدر و مادر، دفترچه درمان تامین اجتماعی و یا خدمات درمانی الزامی است .
- ۳- کپی صفحه اول دفترچه بیمه کلیه بیمه شدگان پیوست شود .
- ۴- دوره انتظار گروههای ۵۰-۲۵۰ نفر برای زایمان ۹ ماه و برای بیماری های مزمن ۶ ماه ، گروههای ۲۵۱-۱۰۰۰ نفر برای زایمان ۶ ماه و برای بیماری های مزمن ۳ ماه می باشد (صرفاً برای اعضای که عضویت در بیمه تکمیلی یا هیچ شرکتی بیمه ای نبوده اند)
- ۵- حق بیمه ماهیانه برای هر نفر ۵۰۰۰۰۰ ریال که کارمند فقط ۵۰٪ آن را پرداخت می نماید ( برای هر نفر ۲۵۰۰۰۰ ریال می باشد)
- ۶- اضافه نرخ سنی برای بیمه شدگان ۶۰ سال تا ۷۰ سال تمام با حداقل ۵۰٪ افزایش و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال با حداقل ۱۰۰٪ افزایش خواهد بود .