



فرم ثبت نام بیمه عمر و حوادث اختیاری کارکنان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (دی ۹۵)



دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

همکار محترم خواهشمند است مشخصات بیمه شده اصلی بصورت خوانا و کامل در جدول ذیل درج گردد. مهلت ثبت نام و تحویل فرم: چهارشنبه ۹۵/۱۱/۱۳

نام :											
نام خانوادگی :											
محل صدور :					شماره شناسنامه :						
کد ملی :					تاریخ تولد : ۱۳ / /						
جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن			تلفن همراه :			تلفن ثابت : ۰۵۸			واحد محل خدمت :		
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 جهت ثبت نام 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)		۱۲/۵۳۵	۳۸/۱۵۰

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.)

امضاء بیمه اصلی شده

تاریخ

انتخاب اول	شماره طرح:
انتخاب دوم	شماره طرح:

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