

## فرم جمع آوری اطلاعات متقاضیان پوشش بیمه درمان تکمیلی پاسارگاد کانون وکلای دادگستری استان فارس و کهگیلویه و بویر احمد در سال ۱۴۰۴

همکار محترم لطفاً با توجه به توضیحات ذیل، این فرم را با نهایت دقت تکمیل و تحویل امور اداری نمایید، ارائه خدمات بیمه درمان تکمیلی بر اساس اطلاعات تکمیل شده توسط متقاضی فرم صورت می گیرد و مسئولیت عدم ارائه اطلاعات صحیح یا ارائه اطلاعات ناقص به عهده کارمند است.

- 1- کارمند(متقاضی) می تواند همسر دائمی، فرزندان (تحت تکفل)، پدر و مادر خود را تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار دهد.
  - 2- فرزندان ذکور بدون در نظر گرفتن شرط اشتغال به تحصیل تا سن ۲۲ سالگی و تا قبل از ازدواج و فرزندان اناث تا قبل از ازدواج می توانند تحت پوشش این بیمه قرار گیرند. فرزندان ذکور در حال تحصیل بعد از ۲۲ سالگی با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل محدودیتی برای پوشش بیمه تکمیلی ندارند.
  - 3- هزینه پوشش بیمه مازاد درمان برای هر نفر ۲۲.۴۳۷.۰۰۰ ریال است که مطابق رویه، ۲۵٪ از حق بیمه توسط کانون پرداخت میشود و ۷۵٪ حق بیمه همکار، همسر و فرزندان از سهم بیمه شده میباشد. ۷۵٪ سهم بیمه شده همسر و فرزند تا سن ۶۰ سال معادل ۱۶.۸۲۷.۷۵۰ ریال بابت حق بیمه ماهیانه هر نفر از بیمه شده دریافت می گردد.
- حق بیمه افراد 60 الی 70 سال 50% و حق بیمه افراد 70 الی 80 سال 100% اضافه نرخ خواهد داشت .

4- عدم ارسال فرم تکمیل شده، به معنای عدم نیاز به بیمه تکمیلی است.

جدول درخواست پوشش جدید

| ردیف | نام | نام خانوادگی | شماره شناسنا | کدملی | نام پدر | تاریخ تولد |     |     | نسبت | شماره شبا (۲۴ رقم) بدون IR و نام بانک |
|------|-----|--------------|--------------|-------|---------|------------|-----|-----|------|---------------------------------------|
|      |     |              |              |       |         | روز        | ماه | سال |      |                                       |
| ۱    |     |              |              |       |         |            |     |     | اصلی |                                       |
| ۲    |     |              |              |       |         |            |     |     |      |                                       |
| ۳    |     |              |              |       |         |            |     |     |      |                                       |
| ۴    |     |              |              |       |         |            |     |     |      |                                       |
| ۵    |     |              |              |       |         |            |     |     |      |                                       |
| ۶    |     |              |              |       |         |            |     |     |      |                                       |

امضا و اثر انگشت

شماره همراه متقاضی:

خواهشمند است در خصوص پوشش بیمه مازاد درمان نقرات فوق اقدام لازم مبذول فرمایید.

شماره واتس آپ جهت ارسال فرم ثبت نام : ۰۹۱۷۶۰۴۷۸۵۲