**فرم کاهش و افزایش بیمه درمان تکمیلی قرارداد جدید (1/8/99 لغایت 30/7/1400)**

**با عنایت به انعقاد قرارداد جدید بیمه تکمیلی در قالب دو طرح بدون سقف و عادی به شرح جدول زیر، مراتب جهت انتخاب به اطلاع می رساند:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **طرح مورد نظر****√** | **انتخاب طرح** | **حق بیمه هر نفر** |
|  | **بدون سقف (1)** | **000/829/1ریال** |
|  | **عادی (2)** | **000/250/1 ریال** |

**\*\* 50% مبالغ حق بیمه برای بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل توسط دانشگاه پرداخت خواهد شد.**

**- جهت انتخاب یکی از دوطرح، ستون مورد نظر را در جدول فوق علامت زده و هم چنین برای حذف یا اضافه نمودن بیمه شده اصلی و سایر افراد تحت تکفل نسبت به پر نمودن فرم زیر و ارسال آن از طریق اتوماسیون اداری تا پایان آبان ماه اقدام فرمایید.**

**- به منظور اطلاع کافی از جدول تعهدات بیمه گر و بهره برداری بیشتر از خدمات ، لطفا جداول پیوست(عادی و بدون سقف) را با دقت مطالعه فرمایید.**

**\* خیلی مهم : کلیه بیمه شدگان اصلی (آقا) که دارای فرزند ذکور 22 تا 25 سال تمام می باشند به صورت غیر تحت تکفل در نظر گرفته شده است و بعد از ارائه گواهی اشتغال به تحصیل نسبت به تبدیل وضعیت به تحت تکفل اقدام خواهد شد.**

**چنانچه همکاران گرامی تا تاریخ قید شده نسبت به انتخاب نوع طرح بیمه،حذف یا اضافه احتمالی در قالب فرم زیر اقدام ننمایند، موارد قبلی کماکان به قوت خود باقی خواهد بود و مسئولیتی از این بابت متوجه این اداره نخواهد بود.**

**\* (جدول 1) مشخصات بیمه شده اصلی و افراد تبعی( کسانی که برای اولین بار بیمه می شوند ویا افزایش در تعداد نفرات دارند)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **ت.ت** | **ش.ش** | **کد ملی** | **نسبت** | **نام پدر** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* **جدول( 2) موارد حذف بیمه شده اصلی و افراد تبعی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نسبت** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |