

شرکت سهامی بیمه ایران - مدیریت محترم بیمه ایران شعبه ممتاز ۱۷ شهریور

ردیف یک

باسلام و احترام:

اینجانب آقای/خانم.....کدملی.....شماره پرسنلی.....کارمندا/هیئت علمی/بازنشسته واحد.....مقتضای اخذ مدارک بیمارستانی آقای/خانم.....دارای کدملی.....نسبت.....به شماره ثابت.....شماره همراه.....آدرس.....جهت استفاده از سهم بیمه گر پایه هستم. خواهشمند است دستور فرمائید مدارک بیمارستانی را تحویل اینجانب نمایند تا در اسرع وقت فتوکپی برابر اصل مدارک و حواله یاچک دریافتی از سازمان اسناد پزشکی بیمه سلامت یا بیمه تامین اجتماعی یاخدمات درمانی را تحویل شعبه نمایم و در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، مازاد بر سقف فرانشیز را عیناً به حساب بیمه ایران واریز نموده و همچنین در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر اول مدارک به این شعبه عودت داده خواهد شد. شایان ذکر است چنانچه به هر دلیل به تعهدات فوق عمل ننمایم در صورت اعلام مکتوب شرکت بیمه گر به مبالغ اعلام شده از حقوق و مزایای اینجانب کسر گردد.

امضاء و اثر انگشت مقتضای (بیمه شده اصلی)

تاریخ...../...../.....

ردیف دو

شرکت سهامی بیمه ایران - مدیریت محترم بیمه ایران شعبه ممتاز ۱۷ شهریور

احتراماً باتوجه به تعهدات مندرج در این برگه و پذیرش مفاد آن توسط جناب آقای/سرکار خانم.....بدینوسیله گواهی میگردد نامبرده تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی طرح.....مربوط به شماره قرارداد.....مورخ.....لغایت.....می باشد.

مهر و تائید اداره کل امور مالی

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

بازگشت به نامه شماره.....مورخ.....پرونده بیمارستان.....به شماره.....به تعداد.....برگ که در مورخ.....به جناب آقای/سرکار خانم.....تحویل شد و ایشان متعهد شدند که اصل یا کپی برابر اصل حواله پرداختی و مدارک بیمارستانی دریافتی از بیمه گر اول را به این شعبه در اسرع وقت تحویل نمایند.

تذکرات زیر به اینجانب توسط بیمه ایران اعلام گردید و بدینوسیله ضمن اعلام موارد ذیل ملزم به رعایت آنها می باشم.

۱- عودت کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی به اینجانب تذکر داده شده است.

۲- تحویل رسید یا حواله اینترنتی بیمه سلامت و یا بیمه تامین اجتماعی به اینجانب تذکر داده شده است.

۳- در صورت داشتن استند ویالنز داخل چشمی ویا پروتز به صورت جداگانه و مجزا با هزینه های بیمارستانی توسط بیمه گر باید درج گردد.

۴- در صورت عدم تحویل مدارک درخواستی به شرکت سهامی بیمه ایران بابت پرونده بیمارستانی بیمه شده اصلی/تحت تکفل و یا در صورت دریافت سهم بیمه گر مازاد بر سقف فرانشیز را عیناً به حساب بیمه ایران واریز نمایم در غیر این صورت باتوجه به تعهد ردیف یک توسط اینجانب، مراتب به..... جهت کسر از حقوق اعلام گردد.

۵- اینجانب..... موارد فوق را به صورت کامل قبول دارم و تائید می نمایم.

امضاء تحویل دهنده مدارک

امضاء و اثر انگشت تحویل گیرنده مدارک (بیمه شده اصلی)