



۱۳۹۶/۰۸/۰۶

تاریخ: ۹۶/۶۶۶۸

شماره: دارد

پیوست: دارد

بسمه تعالی

روسا و سرپرستان محترم شعب

موضوع: تقاضای بیمه درمان تکمیلی کارکنان

باسلام و احترام

به پیوست فرم تقاضای بیمه درمان تکمیلی کارکنان با بازنگری و تغییرات جزئی جهت اطلاع و ارجاع جهت اطلاع همکاران تحت تصدی ارسال می گردد.

موارد زیر متذکر می گردد:

همکارانی که بدو ورود با حکم سه ماهه آزمایشی جذب می گردند در صورتی که اصلا سابقه بیمه تکمیلی درمان ندارند نمی توانند تا زمان تمدید قراردادشان از تسهیلات بیمه درمان استفاده نمایند. افرادی که سابقه بیمه تکمیل درمان از محل کار قبلی دارند بلافاصله از تاریخ حکم شروع به کار باید درخواست نمایند در صورت تعلل و گذشت زمان باید تا تمدید قرارداد بعدی منتظر باشند. سایر همکاران جدید الاستخدام (بدون ذکر مدت آزمایشی) در صورت درخواست بیمه درمان، می بایست بلافاصله از تاریخ شروع به کار نسبت به تکمیل فرم تقاضا و ارسال مدارک مربوطه به خانواده خود شامل: **کپی شناسنامه (تمام صفحات)** کارت ملی، **کپی صفحه اول دفترچه بیمه** را اقدام نمایند.

لازم به ذکر است امکان قبول درخواست کارکنان برای بیمه درمان در طول اعتبار بیمه نامه برای همکاران و خانواده آنان خارج از ضوابط مذکور مگر به واسطه ازدواج و تولد فرزند میسر نمی باشد.

مسعود سیفی
معاون مدیر امور شعب
مسعود سیفی

رونوشت:

جناب آقای هادی رئیس الذاکرین معاونت محترم فروش و بازاریابی، جهت استحضار

جناب آقای مهدی نوبخت مدیر محترم توسعه منابع، جهت استحضار

نشانی: تهران، بلوار میرداماد، خیابان

شمس تبریزی جنوبی، پلاک ۴

تلفن: ۰۹۰۳۸۴۰۲۶

دورنگار: ۰۲۲۲۷۴۳۹۰

تلفن گویا: ۰۲۱ - ۲۸۵۶

