



پالایش میعانات گازی آذین جنوبی (سهامی خاص)

به نام خدا

# فرم درخواست عضویت بیمه تکمیلی

(سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴)

لطفاً در تکمیل فرم دقت کرده و سؤالی را بی جواب نگذارید.



## ۱- مشخصات فردی:

نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... کد ملی: .....  
 شماره شناسنامه: ..... جنسیت: ..... شماره دفترچه بیمه: ..... نوع بیمه: .....  
 تاریخ تولد: ..... / ..... / ۱۳ ..... وضعیت تأهل ..... تعداد فرزندان: ..... تاریخ استخدام: .....  
 شماره شبا اقتصادی / تجارت: ..... تلفن همراه: .....  
 آدرس محل سکونت: .....

## ۲- مشخصات افراد خانواده:

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نسبت | نوع بیمه | تاریخ تولد | شماره شناسنامه | وضعیت تأهل | وضعیت تکفل | نام پدر | کد ملی |
|------|--------------------|------|----------|------------|----------------|------------|------------|---------|--------|
| ۱    |                    |      |          |            |                |            |            |         |        |
| ۲    |                    |      |          |            |                |            |            |         |        |
| ۳    |                    |      |          |            |                |            |            |         |        |
| ۴    |                    |      |          |            |                |            |            |         |        |
| ۵    |                    |      |          |            |                |            |            |         |        |
| ۶    |                    |      |          |            |                |            |            |         |        |
| ۷    |                    |      |          |            |                |            |            |         |        |

## ۳- لطفاً به موارد ذیل توجه فرمائید:

- ۱- بیمه تکمیلی کارکنان اختیاری می‌باشد. افرادی که تمایل دارند بیمه شوند، می‌توانند با تکمیل و ارائه این فرم به واحد منابع انسانی، نسبت به ثبت نام خود اقدام نمایند.
- ۲- افرادی که ثبت نام ننمایند، تا پایان اعتبار بیمه‌نامه تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار نخواهند گرفت.
- ۳- ثبت نام و عضویت میان دوره، شامل: تازه متولدین، مزدوجین و افراد جدیدالاستخدام (پس از دوره آزمایشی) می‌باشد و مهلت آن از تاریخ تولد، ازدواج و استخدام، یک ماه است.
- ۴- حق عضویت بیمه تکمیلی سالانه ۸۱.۶۰۰.۰۰۰ ریال (ماهانه ۶.۸۰۰.۰۰۰ ریال) می‌باشد. که ۵۰٪ حق بیمه فرد همکار، توسط شرکت پرداخت می‌گردد.
- ۵- حق بیمه تکمیلی افراد تحت تکفل سالانه ۸۱.۶۰۰.۰۰۰ ریال (ماهانه ۶.۸۰۰.۰۰۰ ریال) می‌باشد. که ۱۰۰٪ حق بیمه فرد تحت تکفل، توسط همکار پرداخت می‌گردد.
- ۶- لطفاً پس از تکمیل این فرم، آن را به واحد منابع انسانی ارائه نمایند.
- ۷- لیست پوششهای بیمه آسیا به پیوست می‌باشد.

نام و نام خانوادگی متقاضی

تاریخ و امضاء