

به نام خدا

تاریخ: [تاریخ نامه]
شماره: [شماره نامه]
پیوست: [دارد/ندارد]

موضوع: اعلام تغییر در پوشش بیمه ی درمانی کارمندان

[آقای/خانم] [نام گیرنده]
[سمت گیرنده] محترم شرکت [نام شرکت مخاطب]

با سلام،

از تاریخ [تاریخ اعمال تغییر پوشش بیمه ی درمانی کارمندان] تغییر پوشش بیمه ی درمانی کارمندان اعمال خواهد شد.

[جنسیت و نام مامور بیمه] به صورت سالانه، برنامه های کمک به کنترل مخارج خدمات بهداشتی و درمانی را بررسی خواهد کرد. در نتیجه ی بازرسی های امسال، [نام بیمه کننده] را به عنوان بیمه گر مجدداً برگزیدیم و برای جلوگیری از هدر رفتن مخارج خدمات بهداشتی، یکی از طرح های آن را انتخاب کردیم.

پوشش فعلی تقریباً با [تعداد استثنائات] مورد استثنا ذکر شده در ذیل، مطابق طرح موجود می باشد:

- پوشش بیمه ی معاف از مالیات هر بیماری از مبلغ [مبلغ پوشش فعلی بیمه ی معاف از مالیات هر بیماری] [واحد پول] به [مبلغ پوشش جدید بیمه ی معاف از مالیات هر بیماری] [واحد پول] افزایش یافته است.

• [فهرست استثنائات]

اگر چه داشتن مقادیر معاف از مالیات بالا، دگرگونی مثبتی نیست، در این دگرگونی جنبه ی دیگری جهت جبران وجود دارد. ما می توانیم برنامه های دارویی خود با [نام بیمه کننده] را به صورت محرمانه، نگه داریم تا کارمندانمان در حالیکه حق انتخاب پزشک یا سایر مکانهای خدمات بهداشتی و درمانی را دارند، باز پرداخت ها ادامه پیدا کند. بدون این طرح و سازگار سازی مجدد، ما احتمالاً به طرح HMO یا PPO که با توجه به تحقیقات اخیر، اکثریت کارمندان تمایل به آن ندارند، مواجه خواهیم شد. طرح جدید به شما این اجازه را خواهد داد که ملاقات با پزشک معمول خود را ادامه دهید و هزینه ی آن را دریافت نمایید.

[نام شرکت شما]

[نشانی شرکت شما]

تلفن: [تلفن شرکت شما] / دورنگار: [دورنگار شرکت شما]

[نشانی سایت شما] / [پست الکترونیکی شما]

پوشش اصلاح شده باید از تاریخ [تاریخ اعمال پوشش اصلاح شده] اعمال شود. در صورت وجود هر نوع سوال، با شماره تلفن، پست الکترونیکی یا نشانی شرکت تماس حاصل فرمایید.

با تشکر

[نام شما]

[سمت شما]

[نام شرکت شما]

[نشانی شرکت شما]

تلفن: [تلفن شرکت شما] / دورنگار: [دورنگار شرکت شما]

[نشانی سایت شما] / [پست الکترونیکی شما]