

وضعیت ایننگو

جانباز

آزاده

فرزند شهید

دردجا

فرم درخواست پوشش بیمه تکمیلی کارکنان شغل آموزش و پرورش

فرم شماره «۱»

استان: ..... شهرستان: ..... منطقه: ..... شهر: .....  
اینجانب نام: ..... نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ۱۳...../...../..... نام پدر: .....  
شماره شناسنامه: ..... جنسیت: مرد ☐ زن ☐ کدملی: ..... شماره پرسنلی: .....  
تاریخ استخدام: ..... شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی: ..... نام بیمه گر پایه: .....  
با اطلاع از تعهدات بیمه درمان تکمیلی آموزش و پرورش، مشخصات افراد تحت تکفل خویش را به شرح ذیل اعلام می دارم:

مشخصات افراد تحت تکفل

نسبه بیمه شد	جنسیت	شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی	تاریخ تولد	کدملی	شماره شناسنامه	نام پدر	نام خانوادگی	نام	ردیف
			۱۳...../...../.....						۱
			۱۳...../...../.....						۲
			۱۳...../...../.....						۳
			۱۳...../...../.....						۴
			۱۳...../...../.....						۵

توجه: بیمه گذار اطلاعات را با دقت وارد نمایید. (در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست، هنگام پرداخت خسارت های درمان با مشکل مواجه خواهید شد.  
آدرس: .....  
کدپستی: ..... شماره حساب سیبای بانک ملی جهت واریز هزینه درمانی .....  
این فرم صرفاً برای فرد شاغل به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل وی شامل: (همسر و فرزندان کارکنان مرد، و همچنین فرزندان کارکنان زن طراحی شده است.)  
توجه: برقراری پوشش بیمه ای فرزندان مشروط به عدم اشتغال و ازدواج آنها می باشد.  
پیرو درخواست قبلی اینجانب به حسابداری محل خدمت خود وکالت می دهم حق بیمه مربوط به بیمه تکمیلی خود و افراد تحت تکفلم را کسر و به حساب بیمه تکمیلی طبق مفاد قرارداد واریز نماید.

مهر و امضاء اداره محل خدمت

امضاء بیمه شده اصلی

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.