



مخصوص بیمه درمان تکمیلی (قرارداد دوم) که شامل پدر و مادر همکاران رسمی، پیمانی، قراردادی و همسر همکاران انان. در سال ۹۳-۱۳۹۲

مشخصات سرپرست خانواده

نام:..... نام خانوادگی:..... تاریخ تولد:..... نام پدر:..... ش. شناسنامه:..... جنسیت:.....

کد ملی:..... کد پرسنلی:..... تاریخ استخدام:..... شماره بیمه پایه:..... نام بیمه گر اول
☐ خدمات درمانی:

با اطلاع از مفاد قرارداد و شیوه نامه های سال ۹۲ بیمه درمان تکمیلی (قرارداد دوم) دانشگاه فنی و حرفه ای، مشخصات افراد تحت تکفل خویش را به شرح ذیل اعلام می دارم.
☐ تامین اجتماعی:

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	ش شناسنامه	کد ملی ۱۰ رقمی	تاریخ تولد	نام بیمه گر اول	شماره دفترچه بیمه گر اول	جنسیت	نسبت با بیمه شده
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

توجه : متقاضی محترم، اطلاعات را با دقت و کامل وارد نمایید، درج اطلاعات نادرست و ناقص، منجر عدم پرداخت خسارت خواهد شد.

آدرس محل سکونت:..... تلفن همراه :..... کد پستی:.....
 تاریخ اجرای قرارداد: ۱۳۹۲/۲/۱ تا ۱۳۹۳/۱/۳۱ درصد جانبازی:..... تلفن ثابت :..... شماره حساب تجارت:.....

تذکر ۱: افراد مشمول پوشش بیمه ای زمانی می توانند افراد تحت تکفل خود را بیمه نمایند که دارای به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه پایه باشد.

تذکر ۲: برقراری پوشش بیمه ای فرزندان مشروط به عدم اشتغال و ازدواج و رعایت شرط سنی می باشد.
 تعداد کل نفرات بیمه شده..... نفر می باشد.

تذکر ۳: درخواست پوشش از ابتدای قرارداد امکان پذیر می باشد و همچنین انصراف از پوشش در طول مدت قرارداد امکان پذیر نخواهد بود

اینجانب به امور مالی محل خدمت خود کالت می دهم حق بیمه مربوط به خود و افراد تحت تکفل اینجانب را از حقوق اینجانب کسر و در وجه شرکت بیمه گر پرداخت نماید.

امضاء بیمه شده اصلی مهر و امضای امور مالی محل خدمت