

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی گروهی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (بهمن ۹۴)

مشخصات بیمه شده اصلی :

مهلت ثبت نام و تحویل فرم : شنبه ۹۴/۱۱/۲۵

نام :												
نام خانوادگی :												
محل صدور :			شماره شناسنامه :			تاریخ تولد :			کد ملی :			
جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن			تلفن همراه :			تلفن ثابت :			واحد محل خدمت :			
نام پدر :			شماره حساب بیمه شده اصلی (بانک ملت) :									

بدینوسیله با توجه به انعقاد قرار داد بیمه درمان تکمیلی گروهی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی مبنی بر ارائه پوشش درمان تکمیلی جهت کارکنان و افراد تحت تکفل، ضمن موافقت با کسر حق بیمه ماهیانه توسط امور مالی از حقوق اینجانب و واریز به حساب شرکت بیمه در طول مدت اعتبار قرار داد تمایل خود را به استفاده از پوشش فوق الذکر جهت کلیه افراد تحت تکفل خود بشرح ذیل اعلام می دارم.

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	محل صدور	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			کد ملی	جنسیت	نسبت	تحت تکفل یا غیر تحت تکفل
						روز	ماه	سال				
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												

توضیحات :

۱. تصویر کارت ملی و شناسنامه بیمه شده اصلی الزامی می باشد.
۲. افراد تبعی شامل : همسر ، فرزندان ، پدر ، مادر و کلیه افراد تحت تکفل قانونی
۳. طرحهای مورد نظر خود را بترتیب اولویت در جدول زیر بنویسید.(حد نصاب اجرای هر طرح ۲۰۰ نفر بوده و در صورت ثبت نام کمتر از ۲۰۰ نفر در انتخاب اول، اولویت با انتخاب بعدی می باشد.)

انتخاب اول	طرح شماره :
انتخاب دوم	طرح شماره :
انتخاب سوم	طرح شماره :

تاریخ و امضاء بیمه شده اصلی

همکار محترم : جهت کسب اطلاعات بیشتر و ملاحظه جدول تعهدات به سایت اینترنتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی مراجعه فرمایید.

مشاوره بیمه دانشگاه (آقای مهندس عباس زاده ***** ۰۹۱۵ ۵۸۵ ۱۶۲۶ ***** ۰۹۱۵ ۵۸۴ ۴۳۶۶)