



فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نام: نام خانوادگی: نام پدر:
 تاریخ تولد (روز- ماه- سال): شماره شناسنامه: کد ملی:
 واحد محل خدمت: نوع بیمه پایه: کد شناسایی بیمه پایه:
 نوع طرح بیمه تکمیلی:

طرح طلابی (حق بیمه ماهیانه ۱۳۰۰/۰۰۰ ریال) بابت حق بیمه درمان و عمر بدون احتساب مالیات

طرح نقره ای (حق بیمه ماهیانه ۳۴۵/۰۰۰ ریال) بابت حق بیمه درمان و عمر بدون احتساب مالیات

تلفن همراه: تلفن ثابت: نوع استخدام:

آدرس منزل:

شماره حساب بانک ملت بیمه شده اصلی (جهت واریز هزینه درمان):

شماره شبا بانک ملت:

مشخصات افراد تحت تکفل:

نسبت با بیمه شده اصلی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد روز، ماه، سال	نوع بیمه پایه	کد شناسایی بیمه پایه
همسر								
فرزند اول								
فرزند دوم								
فرزند سوم								
فرزند چهارم								
پدر								
مادر								

اینجانب با مطالعه کامل شرایط ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و با اطلاع از مبلغ حق بیمه، شرایط تعهدات و خدمات تحت پوشش اقدام به ثبت نام نموده و اجازه می دهیم مبلغ حق بیمه خود و افراد تحت تکفل را مطابق جدول فوق (از تاریخ ۱۳۹۶/۰۷/۱ لغایت ۱۳۹۷/۰۷/۱) از حقوق و دستمزد دریافتی کسر گردد.

امضاء و اثر انگشت متقاضی