

فرم عضویت در بیمه مکمل درمان گروهی سال ۹۶-۱۳۹۵

عنوان	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کد ملی	شماره شناسنامه	نوع استخدام	نسبت	شماره دفترچه بیمه	نوع بیمه پایه	شماره حساب بانک ملت	شماره موبایل
سرپرست											
تحت پوشش ۱											
تحت پوشش ۲											
تحت پوشش ۳											
تحت پوشش ۴											
تحت پوشش ۵											

- اینجانبمتقاضی استفاده از طرح (طلایی، نقره ای).....بیمه درمان تکمیلی برای خود و افراد تحت تکفلم به نام های جدول فوق می باشم.
- مدارک لازم برای افرادی که سال گذشته بیمه نبوده اند : ۱- کپی صفحه اول و دوم شناسنامه (سرپرست و افراد تحت پوشش) ۲- کپی آخرین حکم کارگزینی (سرپرست) یا کپی قرارداد ۳- شماره شبا ۴- تاریخ استخدام.....
- اینجانب متعهد می شوم به تعداد افراد مذکور تحت پوشش از طریق امور مالی سازمان از حقوق اینجانب به ماخذ سرانه تعیین شده کسر گردد.
- (به فرم های ناقص ترتیب اثر داده نمی شود).

نام نام خانوادگی :

محل خدمت:

امضاء و تاریخ و اثر انگشت: