

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی همکاران دانشگاه علوم پزشکی سراب

توجه: تکمیل و ارائه این فرم برای ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ الزامی می باشد.

ردیف	نسبت	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد (روز - ماه - سال)	آیا عضو بیمه درمان سال ۱۴۰۰ بودید (برای هر بیمه شده تعیین شود)
۱	اصلی						۱۳ / /	بلی ☐ خیر ☐
۲	همسر						۱۳ / /	بلی ☐ خیر ☐
۳	فرزند						۱۳ / /	بلی ☐ خیر ☐
۴	فرزند						۱۳ / /	بلی ☐ خیر ☐
۵	فرزند						۱۳ / /	بلی ☐ خیر ☐
۶	پدر						۱۳ / /	بلی ☐ خیر ☐
۷	مادر						۱۳ / /	بلی ☐ خیر ☐

اینجانب با مطالعه کلیه شرایط و تعهدات و هزینه های تحت پوشش قرارداد بیمه درمان تکمیلی، و با تأیید صحت اطلاعات جدول فوق :

درخواست عضویت در طرح (۱) با حق بیمه ماهانه ۱.۹۳۸.۰۰۰ ریال دارم .

درخواست عضویت در طرح (۲) با حق بیمه ماهانه ۲.۲۰۹.۷۰۰ ریال دارم . (به قسمت زیر توجه شود)

درخواست عضویت در طرح (۳) با حق بیمه ماهانه ۲.۰۴۵.۳۵۰ ریال دارم . (به قسمت زیر توجه شود)

توضیح : در صورتیکه تعداد ثبت نام کنندگان در طرح (۲) و (۳) به حد نصاب نرسد ، بیمه شدگان این طرح به طرح (۱) منتقل خواهند شد.

شماره شبای حساب بانکی :

IR نام بانک :

شماره حساب :

تاریخ :

نام نام خانوادگی :

شماره همراه (برای ارسال پیام) :

امضاء :