



درخواست پوشش درمان تکمیلی (قرارداد نوع دوم) شامل پدر و مادر کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی شاغل

تاریخ اجرای قرارداد ۱۳۹۴/۰۲/۰۱ لغایت ۱۳۹۵/۰۱/۳۱

مشخصات بیمه‌شده‌ی اصلی شاغل در دانشکده / آموزشکده شهر

نام : نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / ۱۳ نام پدر : ش شناسنامه : جنسیت: مرد ☐ زن ☐کد ملی : کد پرسنلی : تاریخ استخدام : / / ۱۳ وضعیت اشتغال : رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐

شماره بیمه‌ی پایه : آدرس محل سکونت :

تلفن ثابت: کد استان: تلفن همراه: تلفن محل کار: کد پستی: شماره حساب حقوقی بانک تجارت:

نام بیمه‌گر پایه: خدمات درمانی ☐ تأمین اجتماعی ☐ وضعیت ایثارگری : جانباز ☐ آزاده ☐ فرزند شهید ☐ درصد جانبازی:

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	ش شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام بیمه‌گر پایه	شماره دفترچه‌ی بیمه	جنسیت	نسبت با بیمه‌شده‌ی اصلی
۱					۱۳ / /				
۲					۱۳ / /				
۳					۱۳ / /				
۴					۱۳ / /				
۵					۱۳ / /				
۶					۱۳ / /				

تذکر ۱: افراد مشمول این پوشش می‌توانند پدر و مادر خود را بیمه نمایند. یکسان بودن شماره دفترچه‌ی بیمه‌ی پایه‌ی افراد مذکور با بیمه‌شده‌ی اصلی ضروری نیست.

تذکر ۲: همکاران اناث می‌توانند همسران خود را تحت پوشش این بیمه قرار دهند .

تذکر ۳: افراد ذیل مندرجات و مشخصات فوق را مطابق با مدارک و مستندات کنترل و شمول آن را مطابق با قرارداد و شیوه‌نامه‌های بیمه‌ای سال ۹۳ تأیید نمایند. بدیهی است پس از تکمیل و تأیید این فرم، حق بیمه‌ی مربوط از حقوق متقاضی کسر و در وجه شرکت مجری پرداخت می‌گردد.

امضای بیمه‌شده‌ی اصلی

مهر و امضای رئیس امور مالی

مهر و امضای رئیس دانشکده / آموزشکده