



## فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان گروهی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (دی ۹۵)



**همکار محترم خواهشمند است مشخصات بیمه شده اصلی بصورت خوانا و کامل در جدول ذیل درج گردد. مهلت ثبت نام و تحویل فرم: چهارشنبه ۹۵/۱۱/۱۳**

نام خانوادگی: .....											
نام: .....											
محل صدور:				شماره شناسنامه:				تاریخ تولد: ۱۳ / /			
کد ملی:				تلفن همراه:				تلفن ثابت: ۰۵۸			
جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد				شماره حساب بیمه شده اصلی (بانک ملت):				واحد محل خدمت:			
نام پدر:											

بدینوسیله با توجه به انعقاد قرار داد بیمه تکمیل درمان گروهی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی مبنی بر ارائه پوشش درمانی جهت کارکنان و افراد تحت تکفل، ضمن مطالعه جدول تعهدات و 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 خدمات 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:

- افراد تبعی شامل: همسر، فرزندان، پدر، مادر و کلیه افراد تحت تکفل قانونی
- 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	شماره طرح:
انتخاب دوم	شماره طرح:
انتخاب سوم	شماره طرح:

امضاء بیمه اصلی شده

تاریخ

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

دفتر مشاوره بیمه دانشگاه ( ۳۲۲۴ ۲۴۷۳ \*\*\*\*\* ۳۲۲۳ ۳۲۴۰ )