



فرم درخواست بیمه مکمل درمان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تربت جام

اینجانب شاغل در..... با نوع استخدام قراردادی □ مشاور □ سایر □..... ، با اطلاع کامل از ضوابط اجرایی بیمه مکمل درمان دانشگاه علوم پزشکی تربت جام سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ و حق سرانه بیمه شدگان، با افراد تحت تکفل به شرح جدول ذیل، درخواست استفاده از مزایای بیمه مکمل درمان را دارم و اقرار می‌نمایم در طول مدت قرارداد بیمه مکمل درمان حق انصراف نداشته و نخواهم داشت.

ردیف	نسبت	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	محل تولد	کد ملی	طرح (الف/ب/ج)	تاریخ تولد (--/--/۱۳--)	وضعیت تبعی (تحت تکفل)
۱	سرپرست									
۲	همسر									
۳	فرزند									
۴	فرزند									
۵	فرزند									
۶	فرزند									
۷	فرزند									
۸	پدر									
۹	مادر									

کلیه بیمه شدگان بایستی افراد تحت تکفل خود را در یک نوبت و بصورت یکجا، حداکثر ظرف مدت سی روز پس از ابلاغ، معرفی نمایند. بدیهی است کارکنانی که اسامی و مشخصات هریک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه قید نشده باشد، به

استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند جزو بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند، لذا در تکمیل فرم بصورت دقیق دقت نمایید.

ثبت کننده	شماره حساب شبا	امضاء بیمه شده اصلی
نام و نام خانوادگی:	بدینوسیله شماره حساب اینجانب بیمه شده اصلی به شرح ذیل جهت واریز هزینه های خسارت درمان اعلام میگردد. شماره حساب:	نام و نام خانوادگی:
تاریخ:	شماره شبا:	تاریخ:
امضاء و مهر	امضاء و اثر انگشت	امضاء و اثر انگشت