

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی 1405-1404

مشخصات پرسنل اصلی:

تاریخ:

کد ملی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل تولد	محل صدور شناسنامه
					/ /		
نوع استخدام	واحد سازمانی	جنسیت	شماره همراه	بیمه عمر و حادثه	نوع بیمه پایه		
		مرد ☐ زن ☐		☐	خدمات درمانی ☐ - تامین اجتماعی ☐ - سایر ☐		

نام بانک	شماره شبا																			

مشخصات اعضای تحت تکفل

کد ملی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت	محل تولد	جنسیت	نوع بیمه پایه	عمر و سرمایه
								مرد ☐ زن ☐	خدمات درمانی ☐ - تامین ☐ - سایر ☐	☐
								مرد ☐ زن ☐	خدمات درمانی ☐ - تامین ☐ - سایر ☐	☐
								مرد ☐ زن ☐	خدمات درمانی ☐ - تامین ☐ - سایر ☐	☐
								مرد ☐ زن ☐	خدمات درمانی ☐ - تامین ☐ - سایر ☐	☐

• بیمه درمان تکمیلی با حق بیمه ماهیانه 16550000 ریال - بیمه عمر و حادثه با حق بیمه ماهیانه ریال

امضا و مهر واحد مربوطه:

اینجانب با مشخصات اعلامی متقاضی بیمه های اعلام شده می باشم.

امضا: