



فرم درخواست پوشش بیمه تکمیلی درمان کارکنان دانشگاه فرهنگیان

استان:.....شهرستان:.....شهر:.....پردیس/مرکز آموزش عالی:.....
 اینجانب نام:..... نام خانوادگی:..... نام پدر:..... تاریخ تولد:...../...../..... ۱۳ محل صدور:.....
 شماره شناسنامه:..... جنسیت: مرد..... زن..... کد ملی:..... شماره پرسنلی:.....
 تاریخ استخدام:..... شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی / تامین اجتماعی:..... بیمه خدمات درمانی ☐ بیمه تامین اجتماعی ☐
 با اطلاع از قرار داد بیمه درمان تکمیلی دانشگاه فرهنگیان با شرکت بیمه آرمان، مشخصات افراد تحت تکفل خویش را به شرح ذیل اعلام می دارم:

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	محل صدور	شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی
۱						--/--/--				
۲						--/--/--				
۳						--/--/--				
۴						--/--/--				
۵						--/--/--				

توجه: بیمه گذار محترم اطلاعات را با دقت وارد نمایید(در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست، هنگام پرداخت خسارت های درمان با مشکل مواجه خواهید شد).

آدرس منزل:.....تلفن ثابت:.....تلفن همراه:.....کد پستی:.....

ایمیل:.....

شماره حساب سیبای بانک ملی جهت واریز هزینه درمانی:..... شماره درج شده روی کارت سیبای بانک ملی:.....

تاریخ تکمیل:.....

این فرم صرفاً برای فرد شاغل بعنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل وی طراحی شده است.

توجه: برقراری پوشش بیمه ای فرزندان کارکنان مرد رسمی مشروط به عدم اشتغال و ازدواج آنها می باشد.

اینجانب به حسابداری محل خدمت خود وکالت می دهم حق بیمه مربوط به بیمه تکمیلی درمان خود و افراد تحت تکلفم را کسر و به حساب شرکت بیمه گر واریز نمایم.

مهر و امضاء اداره محل خدمت

امضاء بیمه شده اصلی