



کد مدرک: F/81/04/03

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۷/۰۸/۰۵

صفحه: ... از ...

فرم تقاضای عضویت در بیمه تکمیلی درمان

اینجانب به شماره پرسنلی واحد ضمن اعلام تمایل به عضویت در بیمه تکمیلی درمان سال ۱۳، درخواست پوشش بیمه ای افراد مندرج در جدول زیر را دارم:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد (روز، ماه، سال)	ش. شناسنامه	کد ملی	نسبت	وضعیت تاهل (مجرد، متأهل)	وضعیت تکفل (تحت تکفل، غیر تحت تکفل)	نوع بیمه گر اول (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)	شماره بیمه (کد ۸ رقمی دفترچه بیمه)	نوع تغییر افراد تحت پوشش: حذف / اضافه
۱						اصلی					
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											

نام و نام خانوادگی:

تاریخ استخدام:

تاریخ:

امضا و اثر انگشت:

شماره موبایل:

شماره شب بانک ملت: