درخواست عضویت بیمه تکمیلی95-94

دانشگاه ارومیه

صورت و لیست اسامی مشخصات اعضای اصلی و خانواده تحت تکفل آنان(که دارای دفترچه تامین درمان به تبع کارمند میباشد) متقاضی استفاده **از طرح بیمه تکمیل درمان** با

**بیمــه ایــران نمایندگی خداداد** می باشند**.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نسبت با بیمه شده اصلی** | **شماره دفترچه بیمه** | **محل صدور** | **تاریخ تولد** | | | **ش.شناسنامه** | **نام پدر** | **کد ملی** | **نام و نام خانوادگی** | **ردیف** |
| **سال** | **ماه** | **روز** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل تعداد نفرات :** | | | | | | | | | | |

**نمایندگی خداداد-کد9074**

**\*شماره حساب بانک ملی : \* شماره شبا :**

**محل خدمت : تلفن همراه : نشانی محل سکونت:**

**خواهشمند است مشخصات خواسته شده کامل تکمیل شود . صحت مندرجات مورد تایید می باشد . امضا متقاضی**

**\*\*\*\*ذکر شماره دفترچه بیمه، شماره حساب و شماره شبا اجباری است \*\*\*\***