

فرم عضویت بیمه درمان مکمل شرکت بیمه میهن

مشخصات بیمه شده اصلی :

نام : نام پدر : نوع استخدام : واحد محل خدمت :
 نام خانوادگی : شماره ملی : شماره دفترچه بیمه :
 شماره شناسنامه : تاریخ تولد : نوع بیمه پایه :

ب) مشخصات بیمه شدگان تبعی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نوع بیمه پایه	شماره دفترچه بیمه	نسبت به بیمه شده اصلی	شماره ملی
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									

اینجانب با آگاهی کامل از مفاد قرارداد شماره ۹۰/۱۴۸۹ مورخ ۹۰/۸/۲ فی مابین دانشگاه علوم پزشکی و شرکت بیمه میهن این فرم را امضاء نموده و مسئولیت هر گونه اشتباهی در تکمیل فرم بعهدہ اینجانب می باشد . /ک
 ضمناً با توجه به مقررات جاری اینجانب اجازه می دهم تمامی حق بیمه به ازای هر نفر ۱۴۴۵۶۰ ریال از حقوق و مزایای من کسر و به حساب شرکت بیمه واریز گردد .
 هر گونه خروج از قرارداد و یا ورود به قرارداد تابع مقررات خاص خود می باشد.
 فرزندان ذکور و اناث تا زمان ازدواج با اشتغال بکار تحت پوشش می باشند .
 تعداد کل اعضا : نفر

امضاء بیمه شده اصلی

مهر و امضاء : مسئول نیروی انسانی

تلفن همراه :

آدرس ::