



فرم درخواست پوشش بیمه تکمیلی درمان 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 دفترچه بیمه خدمات درمانی/تأمین اجتماعی:.....بیمه خدمات درمانی ☐ بیمه تأمین اجتماعی ☐

با اطلاع از قرارداد بیمه درمان تکمیلی دانشگاه فرهنگیان با شرکت بیمه ایران، 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 شده 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 بانک تجارت جهت واریز هزینه درمانی:.....شماره درج شده روی کارت بانک تجارت:.....

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، مشروط به عدم اشتغال و ازدواج آنها می باشد.

اینجانب به امور مالی 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 نماید.

مهر و امضاء اداره محل خدمت

امضاء بیمه شده اصلی