



بیمه ایران

فرم درخواست بیمه تکمیلی درمان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز
افراد واجد شرایط عبارتند از: کارمند-همسر-فرزندان و پدر و مادر تحت تکفل پدر، مادر، همسر و فرزند غیر تحت تکفل



طرح ب
حق بیمه ۲۰۲۷۷۸ ریال

نام واحد: شماره حساب :

تلفن ثابت: محل اشتغال :

تلفن همراه: نوع استخدام :

محل ردیف استخدامی :

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت	جنسیت	کد ملی	شماره دفترچه	بیمه پایه

امضاء/ اثر انگشت

تذکر: تکمیل تمامی اطلاعات در سه نسخه الزامی می باشد به فرمهای ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد.