

## فرم درخواست عضویت و تغییر در لیست بیمه تکمیلی درمان

الف: مشخصات بیمه شده اصلی (پرسنل رسمی ، بیمانی ویا قراردادی دانشگاه کردستان )

درصد جانبازی		نوع پرسنل		تاریخ تولد	کد ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	نام خانوادگی	نام
بالای ۲۵٪	زیر ۲۵٪								

تلفن محل کار : .....تلفن همراه : .....

ب: مشخصات افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی :

توجه : داشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی ،تامین اجتماعی ویا هر نوع بیمه پایه برای کلیه بیمه شدگان تکمیلی الزامی می باشد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع تغییرات	
						کسر شود	اضافه شود
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

اینجانب.....صحت مطالب فوق را تایید می نمایم. تاریخ و امضاء

توضیحات و مدارک مورد نیاز ویژه اعضاء جدید :

۱- کپی آخرین فیش حقوقی در سال جاری

۲- کپی حکم کارگزینی

۳- تصویر صفحات اول و دوم شناسنامه (فقط برای اعضاء جدید)

۴- ارائه شماره حساب و شبا بانک تجارت بیمه شده اصلی

	شماره حساب بانک تجارت
	شبا بانک تجارت