



درخواست پوشش بیمه‌ای مزاد درمان (طلایی) و عمر تکمیلی کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی شاغل و افراد تحت تکفل ایشان
تاریخ اجرای قرارداد ۱۳۹۴/۰۳/۰۱ لغایت ۹۵/۰۱/۳۱ (تکمیل این فرم برای تمام متقاضیان پوشش در هر سال بیمه‌ای ضروری می‌باشد.)

مشخصات بیمه‌شده‌ی اصلی شاغل در دانشکده/آموزشکده‌ی شهر

نام : نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / ۱۳ نام پدر : ش شناسنامه : جنسیت: مرد زن

کد ملی : کد پرسنلی : تاریخ استخدام / / ۱۳ وضعیت اشتغال : رسمی پیمانی قراردادی

شماره بیمه‌ی پایه : آدرس محل سکونت :

تلفن ثابت: کد استان: تلفن همراه: تلفن محل کار: کد پستی: شماره حساب حقوقی بانک تجارت:

نام بیمه‌گر پایه: خدمات درمانی تأمین اجتماعی وضعیت ایثارگری: جانباز آزاده فرزند شهید درصد جانبازی:

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نام بیمه پایه	ی بیمه	جنسیت	بیمه ی اصلی
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				

درخواست پوشش بیمه‌ی تکمیلی عمر را دارم ندارم

تذکر ۱: مشمولین پوشش بیمه‌ی مزاد درمان (طلایی)، افراد تحت تکفل و تبعی یک بیمه‌شده‌ی اصلی می‌باشند.

تذکر ۲: برقراری پوشش بیمه‌ای مزاد درمان (طلایی) فرزندان مشروط به عدم اشتغال و ازدواج، و رعایت شرط سنی می‌باشد. (گواهی اشتغال به تحصیل فرزندان ذکور با سن بیش از ۱۸ سال می‌بایست به هنگام درخواست ضمیمه‌ی فرم گردد.)

تذکر ۳: افراد ذیل مندرجات و مشخصات فوق را مطابق با مدارک و مستندات کنترل و شمول آن را مطابق با قرارداد و شیوه‌نامه‌های بیمه‌ای سال ۹۴ تأیید نمایند.

تذکر ۴: پس از تکمیل و تأیید این فرم، حق بیمه‌ی مربوط از حقوق متقاضی کسر و در وجه شرکت مجری پرداخت می‌گردد.



درخواست پوشش درمان تکمیلی (قرارداد نوع دوم) شامل پدر و مادر کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی شاغل

تاریخ اجرای قرارداد ۱۳۹۴/۰۳/۰۱ لغایت ۱۳۹۵/۰۱/۳۱

مشخصات بیمه‌شده‌ی اصلی شاغل در دانشکده/ آموزشکده‌ی شهر

نام : نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / ۱۳ نام پدر : ش شناسنامه : جنسیت: مرد زن

کد ملی : کد پرسنلی : تاریخ استخدام / / ۱۳ وضعیت اشتغال : رسمی پیمانی قراردادی

شماره بیمه‌ی پایه : آدرس محل سکونت :

تلفن ثابت: کد استان: تلفن همراه: تلفن محل کار: کد پستی: شماره حساب حقوقی بانک تجارت:

نام بیمه‌گر پایه: خدمات درمانی تأمین اجتماعی وضعیت ایثارگری: جانباز آزاده فرزند شهید درصد جانبازی:

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نام بیمه پایه	ی بیمه	جنسیت	بیمه ی اصلی
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				

تذکر ۱ : افراد مشمول این پوشش می‌توانند پدر و مادر خود را بیمه نمایند. تبعی بودن بیمه‌ی پایه‌ی افراد مذکور با بیمه‌شده‌ی اصلی ضروری نیست.

تذکر ۲ : : همکاران اناث می‌توانند همسران خود را تحت پوشش این بیمه قرار دهند .

تذکر ۳ : افراد فوق مندرجات و مشخصات فوق را مطابق با مدارک و مستندات کنترل و شمول آن را مطابق با قرارداد و شیوه‌نامه‌های بیمه‌ای سال ۹۴ تأیید نمایند. بدیهی است پس از تکمیل و تأیید این فرم، حق بیمه‌ی مربوط از حقوق متقاضی کسر و در وجه نمایندگی ۹۲۱۴ سرکار خانم نیازی شماره حساب بانک تجارت شعبه مجری پرداخت می‌گردد.

مهر و امضای رئیس دانشکده/ آموزشکده

مهر و امضای رئیس امور مالی

امضای بیمه‌شده‌ی اصلی



درخواست پوشش بیمه‌ای درمان طلایی ۲ (پدر و مادر کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی شاغل)

تاریخ اجرای قرارداد ۱۳۹۴/۰۳/۰۱ لغایت ۱۳۹۵/۰۱/۳۱

مشخصات بیمه‌شده‌ی اصلی شاغل در دانشکده / آموزشکده‌ی شهر

نام : نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / ۱۳ نام پدر : ش شناسنامه : جنسیت: مرد زن

کد ملی : کد پرسنلی : تاریخ استخدام : / / ۱۳ وضعیت اشتغال : رسمی پیمانی قراردادی

شماره بیمه‌ی پایه : آدرس محل سکونت :

تلفن ثابت: کد استان: تلفن همراه: تلفن محل کار: کد پستی: شماره حساب حقوقی بانک تجارت:

نام بیمه‌گر پایه: خدمات درمانی تأمین اجتماعی وضعیت ایثارگری: جانباز آزاده فرزند شهید درصد جانبازی:

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نام بیمه پایه	ی بیمه	جنسیت	بیمه ی اصلی
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				

تذکر ۱: افراد مشمول این پوشش می‌توانند پدر و مادر خود را بیمه نمایند. در این نوع بیمه تبعی بودن بیمه‌ی پایه‌ی افراد مذکور با بیمه‌شده‌ی اصلی ضروری می‌باشد.

تذکر ۲: حق بیمه‌ی این پوشش بیمه‌ای به صورت کامل (سهم کارمند و کارفرما) از بیمه‌شده‌ی اصلی دریافت می‌گردد.

تذکر ۳: افراد ذیل مندرجات و مشخصات فوق را مطابق با مدارک و مستندات کنترل و شمول آن را مطابق با قرارداد و شیوه‌نامه‌های بیمه‌ای سال ۹۴ تأیید نمایند. بدیهی است پس از تکمیل و تأیید این فرم، حق بیمه‌ی مربوط از حقوق متقاضی کسر و در وجه شرکت مجری پرداخت می‌گردد.