

اداره محترم رفاه و بازنشستی دانشگاه:

با سلام

احتراماً خواهشمند است نسبت به ثبت نام این جانب

و خانواده‌ام به شرح ذیل جهت بیمه تکمیلی درمان اقدام فرمائید.

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور	کد ملی	کد بیمه درمانی
۱				بیمه شده اصلی					
۲				همسر					
۳				فرزند تحت تکفل					
۴				فرزند تحت تکفل					
۵				فرزند تحت تکفل					
۶				پدر					
۷				مادر					

ضمناً بیمه انتخابی نوع طلائی نقره ای می باشد.

و شماره حساب شبا بانک تجارت دانشگاه (بیمه شده اصلی):

نشانی:

تلفن همراه بیمه شده اصلی:

IR می باشد.

کلیه موارد بالا مورد تأیید می باشد. امضاء بیمه شده اصلی: