



## فرم درخواست پوشش بیمه تکمیلی درمان دانشگاه فرهنگیان

استان:..... شهرستان:..... شهر:..... پردیس/مرکز آموزش عالی:..... وضعیت اشتغال: ☐ شاغل ☐ بازنشسته  
 اینجانب نام:..... نام خانوادگی:..... نام پدر:..... تاریخ تولد:...../...../..... ۱۳..... محل صدور:..... جنسیت: ☐ زن ☐ مرد  
 شماره شناسنامه:..... کد ملی:..... کد پرسنلی:..... وضعیت استخدامی: ☐ رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ مأمور  
 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