# فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان کارکنان و اساتید دانشگاه ولایت ایرانشهر

اینجانب ..... عضو هیات علمی ☐ غیر هیات علمی ☐ قراردادی ☐ پیمانی ☐ رسمی ☐ با کد ملی .....نام پدر.....

سال تولد / / ۱۳ شماره شناسنامه .....کدپرسنلی ..... شماره تلفن همراه..... شماره حساب .....،

بعنوان بیمه شده اصلی، با مطالعه و اطلاع دقیق از شرایط بیمه تکمیلی، متقاضی ثبت نام در طرح بیمه تکمیل درمان شرکت بیمه دانا از تاریخ۱۳۹۹/۷/۱ می باشم.

**تذکرمهم :** انصراف یا حذف عضو، بعداز ثبت نام امکان پذیر نمی باشد.

**نام ونام خانوادگی:**

**امضاءمتقاضی– تاریخ :** / / ۱۳۹

| ردیف | نام | نام خانوادگی | جنسیت | | تاریخ تولد | | | شماره شناسنامه | کد ملی | نام پدر | بیمه شده | | نسبت با بیمه شده اصلی | تحت تکفل | غیر تحت تکفل |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | زن | مرد | روز | ماه | سال | | | | اصلی | فرعی | | | |
| ۱ | | | | | | | | | | | | | خود | | |
| ۲ | | | | | | | | | | | | | همسر | | |
| ۳ | | | | | | | | | | | | | فرزند | | |
| ۴ | | | | | | | | | | | | | فرزند | | |
| ۵ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۶ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | | | | | | | |