« باسمه تعالی»

تذکر : این فرم فقط باید توسط کارکنان شرکتی تکمیل شود کارکنان رسمی ،پیمانی،قراردادی باید با مراجعه به سامانه اداری و مالی (سوفا) ثبت نام نمایند.

سوال:آیا جنابعلی در سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده اید بله ☐ خیر ☐ سطح۱ ☐ سطح ۲ ☐

فرم تقاضای بیمه درمان تکمیلی ـ هزینه های بیمارستانی (سال ۹۴)

متقاضی سطح ۱ ☐ متقاضی سطح ۲ ☐ متقاضی سطح ۳ ☐

اینجانب:

نام: نام‌خانوادگی: نام پدر: کد ملی:

محل صدور: تاریخ تولد: شماره دفترچه بیمه:

کارمند شرکتی نیرو احرار ☐ سایر شرکتها ☐

شماره حساب بانک ملت: ☐

شماره شبا بانک ملت :(نوشتن شماره شبا الزامی است)

IR																								

(تذکر:فقط شماره حساب وشبای بانک ملت قابل پذیرش می باشد ضمنا مسئولیت صحت شماره فوق به عهده متقاضی است و دانشگاه شیراز و شرکت بیمه هیچ مسئولیتی در قبال اشتباه آن ندارد).

متقاضی این نوع بیمه جهت خود و افراد تحت تکفلم به شرح ذیل می‌باشم؛

مشخصات افراد تحت تکفل (لطفاً در نوشتن کد ملی دقت شودو اطلاعات کامل نوشته شود)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	محل صدور	تاریخ تولد	شماره دفترچه بیمه	نسبت

امضاء متقاضی

نوشتن شماره تلفن الزامی است

تلفن داخلی:

تلفن منزل: **تلفن همراه:**