فرم عضویت در بیمه تکمیلی

با سلام، اینجانب ..... به شماره شناسنامه ..... فرزند ..... تاریخ تولد ...../...../..... واحد خدمت ..... شماره پرسنلی .....
کد ملی ..... شماره دفترچه ..... ضمن تقاضای عضویت در بیمه تکمیلی دانشگاه به امور مالی دانشگاه وکالت می‌دهم که ماهانه حق بیمه متعلقه بابت خودم و افراد تحت پوششم را از حقوق اینجانب کسر و بحساب شرکت بیمه واریز نمایند.

شماره حساب : ..... بانک : تجارت

آدرس منزل :

شماره شبا : .....

تلفن ثابت و همراه و تلفن :

امضاء و تاریخ

در صورت افزایش عائله پس از تکمیل مشخصات سرپرست، در قسمت جدول افراد تحت پوشش فقط اسم فرد اضافه شده را مرقوم فرمایید.

جدول مشخصات افراد تحت پوشش :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			نام پدر	وضعیت		کد ملی	شماره دفترچه بیمه
								تحصیلی	تاهل		