

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی درمان سرمد با همکاری بیمه پاسارگاد در سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی / شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی (پدر، مادر، همسر، فرزند)	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	بیمه پایه (سلامت، تأمین اجتماعی، درمان)	شماره شبا بانک رفاه (فقط بیمه شده اصلی)	تلفن همراه	نوع استخدام بیمه شده اصلی (رسمی، طرحی، قراردادی، پیمانی، شرکתי)
۱		کدملی:		بیمه شده اصلی	۱۳...../...../....				
		ش.ش:							
۲		کدملی:			/...../....				
		ش.ش:							
۳		کدملی:			/...../....				
		ش.ش:							
۴		کدملی:			/...../....				محل خدمت بیمه شده اصلی:
		ش.ش:							
۵		کدملی:			/...../....				
		ش.ش:							
۶		کدملی:			/...../....				
		ش.ش:							

اینجانب متقاضی طرح شماره بیمه تکمیل درمان می باشم و به دانشگاه علوم پزشکی جهرم اختیار کامل می دهم و مکلف می نمایم که مبلغ ریال ماهیانه از حقوق اینجانب کسر و به حساب شماره..... نزد واریز نماید.

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

ضمناً مبلغ طرح ها با (مالیات بر ارزش افزوده) بابت هر نفر به شرح ذیل می باشد:

طرح شماره سه: ۱/۵۵۰/۰۰۰ تومان

طرح شماره دو: ۱۰۰۰/۰۰۰ تومان

طرح شماره یک: ۷۵۰/۰۰۰ تومان