

شماره :

تاریخ تکمیل : / /

فرم درخواست بیمه تکمیلی :

مشخصات متقاضی بیمه تکمیلی / خدمات درمانی و افراد تحت تکفل

سرپرست (عضو صندوق)

نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	کد ملی :
شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :	تلفن منزل :	تلفن همراه :
هوع بیمه پایه :	شماره بیمه پایه :	گروه عضویت :	رشته ورزشی :
شماره شبا :			
نام بانک :	مبلغ تخفیف سرپرست :		
استان :	آدرس :		

افراد تحت پوشش بیمه گر

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کد ملی	شماره شناسنامه	نسبت	تخفیفات
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								

محاسبات حق بیمه

مبلغ قابل پرداخت	مبلغ قابل پرداخت توسط صندوق	مبلغ حق بیمه
.		

محاسبات حق عضویت

مبلغ قابل پرداخت	مبلغ قابل پرداخت توسط صندوق	مبلغ حق بیمه
.		

جمع مبلغ قابل پرداخت	.
----------------------	---

امضاء تأیید کننده

ثبت کننده

نام و نام خانوادگی
وامضاء متقاضی