فرم عضویت در بیمه تکمیلی

اینجانب : به شماره شناسنامه : فرزند : تاریخ تولد: / / واحد خدمت: شماره پرسنلی :

کد ملی (ده رقمی) : 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) : شماره شبا(۲۴ رقم):

آدرس منزل :

تلفن ثابت و همراه : 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(ده رقمی)	شماره دفترچه بیمه
								تحصیلی	تاهل		