

فرم تقاضای بیمه مکمل درمان کارکنان دانشگاه صنعتی

اینجانب.....فرزند..... با شماره شناسنامه با آگاهی از شرایط بیمه مکمل درمان ، متقاضی کسر حق بیمه از بابت تحت پوشش بیمه مکمل برای خودم و افراد تحت تکفل ذیل با مشخصات زیر می باشم.

نسبت با بیمه شده	کد ملی	شماره بیمه	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نام پدر	نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

تاریخ :