

(کارکنان شاغل بازنشستگان عمدی کانون سایر بازنشستگان نیروهای خرید خدمت تمام وقت)
به منظور استفاده از پوشش های بیمه تکمیلی در مان عمر و سوادش گروهی

مشخصات بیمه شده اصلی:

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
جنسیت: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
شماره بیمه:	تاریخ استخدام:	وضعیت تاهل: متاهل <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/>
شماره تلفن همراه:	شماره حساب:	نام بانک:

مشخصات بیمه شده تبعی:

مشخصات بیمه شده تبعی	شماره پایه	وضعیت تاهل	تحت تکفل	جنسیت	کد ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد	نام پدر	نام خانوادگی	نام	نسبت با بیمه شده اصلی
متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>										همسر
												فرزند
												فرزند
												پدر
												مادر

* نکات مهم قابل توجه:

- تکمیل دقیق اطلاعات مندرج در فرم به صورت خوانا و بدون خط خوردگی ضروری و لازم می باشد.
- تکمیل ستون آخر جدول مشخصات بیمه شده تبعی بمنظور استفاده یا عدم استفاده از بیمه عمر و حوادث گروهی، طرح اختیاری برای همسر و فرزندان تحت تکفل، لازم می باشد.
- اعلام شماره تلفن همراه جهت اطلاع رسانی از طریق سامانه پیام کوتاه الزامی می باشد.
- اعلام شماره شبا هزینه خسارت به حساب بیمه شده اصلی و فتح صحیح کد ملی برای کلیه بیمه شدگان الزامی می باشد.

اطلاعات فوق را تأیید نموده و مقید می گردم هرگونه تغییرات در خصوص استفاده کنندگان را با قید فوریت به صورت کتبی به اداره بیمه و بازرس مستگان مرکز اطلاع دهیم .
اطلاعات فوق را تأیید نموده و مقید می گردم هرگونه تغییرات حاصله به ادارات ذیربط می باشد.
اینجانب بدینوسیله عواقب بعدی ناشی از عدم فتح صحیح اطلاعات و اعلام به موقع تغییرات حاصله به ادارات ذیربط می باشد.
تاریخ - امضاء