



بیمه تعاون

فرم تقاضای بیمه مکمل درمان



دانشگاه علم و صنعت ایران

تاریخ تکمیل اطلاعات:

لطفاً این فرم را برای خود، خانواده و سایر افراد تحت پوشش تکمیل نمایید.

اطلاعات بیمه شده اصلی

(باتوجه به اینکه هدایا و تسهیلات خاصی جهت جنابعالی در نظر گرفته شده است، لطفاً تمامی اطلاعات درخواستی با دقت تکمیل گردد)

شماره دانشجویی: نام دانشکده: نام خوابگاه محل سکونت: شماره اتاق:

نام: نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: شماره بیمه گر پایه:

محل تولد: محل صدور: نام پدر: جنسیت: زن مرد شماره بیمه گر پایه:

وضعیت تأهل: مجرد متاهل تاریخ ازدواج:/...../۱۳... تعداد افراد تحت تکفل:

مقطع تحصیلی(تحصیلات): زیر دیپلم دیپلم فوق دیپلم کارشناسی کارشناسی ارشد دکتری رشته تحصیلی:

تابعیت: ایرانی غیر ایرانی کد شناسایی اتباع خارجی: مذهب: تشیع تسنن اقلیت مذهبی

تلفن همراه(ضروری): تلفن ثابت: پست الکترونیک(Email):

نشانی محل کار: نام شهر: تلفن محل کار: کد پستی:

نشانی محل زندگی (ضروری): نام شهر: تلفن محل سکونت: کد پستی:

اطلاعات حساب بانکی

نام بانک: شماره حساب: شماره کارت بانکی:

شماره شبا: IR.....

توضیح ضروری: اطلاعات بانکی معرفی شده حتماً می بایست متعلق به بیمه شده اصلی باشد.

اطلاعات افراد تحت پوشش (شامل همسر (همسران)، فرزندان پدر و مادر)

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تلفن همراه	تاریخ تولد	محل تولد	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی		تحت تکفل	
										بلی	خیر	بلی	خیر
۱							/ /						
۲							/ /						
۳							/ /						
۴							/ /						
۵							/ /						
۶							/ /						

لطفاً مدارک ذیل را ضمیمه فرم ثبت نام فرمایید:

- کپی کارت ملی و تمامی صفحات شناسنامه بیمه شده اصلی
- کپی صفحه اول دفترچه بیمه تامین اجتماعی یا بیمه پایه تمامی بیمه شدگان
- کپی شناسنامه یا کارت ملی بیمه شدگان تحت پوشش

مهر و امضا امور دانشجویی

در صورت ابهام جهت تکمیل فرم تماس بگیرید: ۰۹۲۰ ۱۲۰ ۱۳۰ ۸

نام و امضا بیمه شده اصلی



بیمه شده گرامی،

باسلام

احتراماً به استحضار می رساند در راستای سیاست های رفاهی در نظر گرفته شده و به منظور ارائه خدمات و تسهیلات و تخفیفات بیمه ای و همچنین افزایش کیفیت صدور و پرداخت خسارت و پوشش کامل ریسک و مخاطرات زندگی جنابعالی، سامانه جامع "باتک اطلاعات بیمه ای" طراحی گردیده است، فلذا جهت تخصیص کد پشتیبانی ارائه خدمات، خواهشمند است اطلاعات ذیل به دقت تکمیل و به همراه فرم درخواست بیمه درمان تکمیلی ارائه نمایید.

«برای آگاهی بیشتر از مزایا و تخفیفات رشته های بیمه ای اطلاعات و متون بیمه به آدرس الکترونیک شما ارسال خواهد شد.»

در صورت هرگونه ابهام پل ارتباطی به شرح ذیل اعلام می گردد:

شماره تماس ۸ ۱۳۰ ۱۲۰ ۰۹۲۰ فکس: ۴۲۶۹۵۴۴۸ - ۰۲۱ ایمیل: exirzendegi@gmail.com



اطلاعات بیمه نامه:

اما بیمه یک نیاز است

۱- بیمه عمر و سرمایه گذاری: دارم ندارم

مدت بیمه نامه (سال)	تاریخ شروع بیمه نامه	میزان پرداختی سالیانه (ریال)	شرکت بیمه صادر کننده	تعداد بیمه نامه خریداری شده جهت خود و افراد تحت تکفل	توضیحات
	/ /				

۲- بیمه آتش سوزی جهت منزل مسکونی یا دفتر کار: دارم ندارم

مدت بیمه نامه (سال)	تاریخ انقضاء بیمه نامه	شرکت بیمه صادر کننده	توضیحات
	/ /		

۳- بیمه حوادث انفرادی ۲۴ ساعته: دارم ندارم

مدت بیمه نامه (سال)	تاریخ انقضاء بیمه نامه	شرکت بیمه صادر کننده	توضیحات (چنانچه جهت سایر افراد تحت تکفل نیز بیمه نامه خریداری شده در این قسمت درج گردد)
	/ /		

۴- بیمه شخص ثالث خودرو: دارم ندارم (خودرو متعلق به خود، همسر و فرزندان پدر و مادر در جدول ذیل درج گردد)

نوع وسیله نقلیه	تاریخ انقضاء بیمه نامه	شماره بیمه نامه	شماره موتور خودرو	تعداد سال عدم خسارت طبق بیمه نامه	شرکت بیمه صادر کننده	ارزش خودرو (ریال)
	/ /					
	/ /					
	/ /					

۵- بیمه بدنه خودرو: دارم ندارم (خودرو متعلق به خود، همسر و فرزندان پدر و مادر در جدول ذیل درج گردد)

نوع وسیله نقلیه	تاریخ انقضاء بیمه نامه	شماره بیمه نامه	شماره موتور خودرو	تعداد سال عدم خسارت طبق بیمه نامه	شرکت بیمه صادر کننده	توضیحات
	/ /					
	/ /					

سایر بیمه های مورد نیاز:

توضیح مهم: لطفاً تصویر بیمه نامه های خود را ضمیمه فرم فرمایید

در صورت ابهام جهت تکمیل فرم تماس بگیرید: ۰۹۲۰ ۱۲۰ ۱۳۰ ۸