بسمه تعالی

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی درمان شرکت بیمه سینا

شورای رفاهی مجتمع آموزش عالی سراوان

با سلام

به استحضار می رساند اینجانب .................................. عضو هیأت علمی ..../ کارمند ..... به همراه اعضاء خانواده و افراد تحت تکفل به تعداد ........ (نفر) متقاضی بیمه تکمیلی درمان شرکت بیمه سینا می باشم.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد** | **شماره شناسنامه** | **کد ملی** | **محل تولد** | **نسبت** | **شماره حساب بانک ملی**  | **شماره تلفن** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | بیمه شده (سرپرست) |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

امضاء متقاضی

..../07/1402