

فرم ثبت نام متقاضیان بیمه تکمیل درمان کارکنان علوم پزشکی ۱۴۰۰ (بیمه سینا)

الف - اطلاعات بیمه شده اصلی (کارمند)

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	محل صدور:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: / /
کد ملی:	محل خدمت:	نوع استخدام (رسمی، پیمانی، طرحی و...):		شماره شبای حساب بانک ملی:	
شماره موبایل:	تلفن ثابت:	نوع طرح انتخابی (پایه، نقره ای، طلایی):		مبلغ حق بیمه به ازای هرنفر در هرماه:	

ب - اطلاعات افراد تبعی (تحت تکفل یا غیر تحت تکفل)

ردیف	کد ملی	نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نام پدر	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی	تحت تکفل یا غیر تحت تکفل
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				

نکات قابل توجه و مهم: ۱- همکاران محترم خانم مشخصات خود را در ستون الف و به عنوان بیمه شده اصلی؛ و افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل (پدر، مادر، همسر و فرزندان) خود را در ستون ب جدول ثبت نمایند ۲- با توجه به اینکه جهت ثبت نام بیمه تکمیل درمان **۳ طرح مختلف** می باشد، خواهشمند است همکاران نهایت دقت را در انتخاب نوع طرح و مبلغ حق بیمه دریافتی را داشته باشند و اطلاعات خواسته شده کامل باشد؛ و در صورت داشتن نقص در اطلاعات نوشته شده، مسئولیت با کارمند می باشد ۳- محل خدمت شامل معاونت ها، بیمارستان ها و شبکه ها می باشد. ۴- جهت رفع هر گونه ابهام و اشکال در تکمیل اطلاعات فرم با شماره تلفن ۴۳۳۰۷۱۷۱ تماس بگیرید.

• دارای سهمیه ایثارگری هستید؟ بلی خیر

نام و نام خانوادگی و امضاء:

تاریخ: