



## فرم درخواست افزایش / کاهش بیمه درمان تکمیلی سال ۱۳۹۵ اعضای هیات علمی و غیر هیات علمی دانشگاه گنبد کاووس

استان : گلستان      شهرستان : گنبد کاووس

اینجانب : نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد : نام پدر : شماره شناسنامه : جنسیت :  
 کد ملی : شغل : تاریخ صدور حکم : کد دفترچه بیمه : نام بیمه گر اول : خدمات درمانی/تامین اجتماعی  
 با اطلاع از قرارداد بیمه درمان تکمیلی شرکت مشخصات افراد تحت تکفل خویش را به شرح ذیل اعلام می دارم .

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نوع بیمه گر اولیه	شماره دفترچه	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										

آدرس : جاده - طبقه دوم      تلفن : ۳۳۳۴۱۴۷      همراه : ۹۷

آدرس :

تاریخ تکمیل فرم : ۱۳۹۵ / / اینجانب به محل حسابداری خویش وکالت می دهم حق بیمه یادشده را مربوط به خود و افراد تحت تکفلم را کسر و به حساب شرکت بیمه گر واريز نمايد.

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

امضاء و نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :

این فرم در دو نسخه: ۱- نسخه ذینفع      ۲- نسخه دانشگاه گنبد کاووس

دانشگاه گنبد کاووس