



## درخواست عضویت در بیمه تکمیلی درمان گروهی

### انجمن صنفی کارفرمایی سرویس مدارس استان تهران

#### صورت اسامی مشخصات اعضاء اصلی و خانواده تحت تکفل متقاضی استفاده از طرح تکمیلی درمان گروهی

افرادی که تمایل به عضویت در بیمه تکمیلی درمان را دارند فرم ذیل را تکمیل و به دبیرخانه انجمن صنفی کارفرمایی سرویس مدارس استان تهران تحویل نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره مسلسل شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد			شماره دفترچه تامین درمان	نسبت بیمه شده تبعی با بیمه شده اصلی	شماره ملی
						روز	ماه	سال			
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
جمع کل حق عضویت کارمند و خانواده تحت تکفل آنان .....						ریال					
						تعداد کل ..... نفر					

محل خدمت :

نشانی محل سکونت :

تلفن :

امضا متقاضی

خواهشمند است فرم دقیق و با خط خوانا تکمیل شود.