



فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی پاییز ۱۴۰۴

ویژه کادر درمان

اطلاعات هویتی بیمه شده اصلی

نام:	نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ تولد:	شغل:
وضعیت تاهل:	شماره تلفن همراه:	جنسیت:	استان / شهر:	
☐ متاهل ☐ مجرد		☐ مرد ☐ زن		
نام و نام خانوادگی کارفرما:	نام مرکز درمانی:	کد و تلفن ثابت مرکز درمانی:	تلفن همراه کارفرما:	عنوان شغل اصلی در محل کار:
آدرس و کد پستی مرکز درمانی محل فعالیت:				

نام بیمه پایه:	شماره بیمه پایه:
نام بانک بیمه شده اصلی:	شماره شبا بیمه شده اصلی:
شماره حساب:	IR
آدرس:	
کد پستی:	

اطلاعات افراد تحت تکفل

نام:	نام خانوادگی:	نسبت:	نام پدر:	کد ملی:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:
۱	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	نام بیمه پایه:	شماره بیمه پایه:		
۲	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	نام بیمه پایه:	شماره بیمه پایه:		
۳	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	نام بیمه پایه:	شماره بیمه پایه:		
۴	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	نام بیمه پایه:	شماره بیمه پایه:		
۵	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	نام بیمه پایه:	شماره بیمه پایه:		
۶	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	نام بیمه پایه:	شماره بیمه پایه:		

۱) ثبت نام بیمه درمان تکمیلی برای همسر و فرزندان اجباری می باشد.

۲) پوشش بیمه تکمیلی برای فرزندان پسر:

تا ۱۸ سال می توانند تحت پوشش باشند و از ۱۸ تا ۲۴ سال مشروط به ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و تا ۲۶ سال برای دانشجویان پزشکی با گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان دختر به شرط مجرد بودن و تحت تکفل والدین با ارائه مستندات مثل کپی برابر اصل صفحات شناسنامه بدون محدودیت سنی می توانند تحت پوشش باشند.

۳) پرداخت حق بیمه عمر و حوادث (سقف تعهد ۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال) به مبلغ ۹/۷۵۰/۰۰۰ ریال برای بیمه شده اصلی اجباری می باشد.

امضاء بیمه گذار