

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی نوین (درمان گروهی) از ۹۴/۱۰/۱ تا ۹۵/۰۹/۳۰ دانشگاه ایلام : لطفاً اطلاعات ارائه شده با دقت کامل تکمیل گردد. (انتخاب فقط یک طرح)

طرح الف ، سرانه هر نفر با پوشش دندان (۵۱۰/۰۰۰ ریال) بلی طرح ب بدون پوشش دندان (۳۹۰/۰۰۰ ریال) بلی

کد ملی	روز	ماه	سال	نام پدر	شماره شناسنامه	اصلی کد ۳۱	فرعی کد ۳۲	پدر کد ۵	مادر کد ۶	پسر کد ۷	دختر کد ۸	همسر کد ۱۲	تحت تکفل کد ۲۱	غیر تحت تکفل کد ۲۲	نام و نام خانوادگی	جنسیت کد مرد ۲۶ زن ۲۷

لطفاً با دقت تکمیل شود: ۱. شماره همراه

۲. کد پستی

۳. شماره حساب

۴. شماره شب (۲۶ رقمی)

۵. نام بانک (شماره حساب مذکور)

۶. کد شعبه

امضاء

تذکر : ۱- قبل از تکمیل فرم ثبت نام ، جدول خدمات، سقف پرداخت /فرانشیزومقاد(تفاهم نامه) قرارداد را مطالعه نمایید.۲. با دقت کلیه اطلاعات و کد های مربوط به آن ثبت نمایید.۳. کپی صفحه اول دفترچه، کارت ملی، شناسنامه خود و افراد تحت تکفل در هنگام ثبت نام الزامیست ۴. حداکثر تا تاریخ ۹۴/۱۱/۱۴ نسبت به ثبت نام اقدام و نسخه تکمیل شده فوق را به اداره کارگزینی و رفاه ارائه نمایید ۵. کلیه مدارک پزشکی از ۹۴/۱۰/۰۱ به بعد پس از ثبت نهایی بیمه قابل پرداخت است ۵. بیمه نوین لیست نهایی پزشک و مراکز طرف قرارداد خود را متعاقباً اعلام ، پس از آن جهت سهولت در پرداخت ها با هماهنگی بیمه به آن مراکز مراجعه نمایید. ۶. شرایط سنی ، بالای ۷۰ سال دو برابر نرخ مصوب تعیین می شود ۷. امکان اضافه نمودن پس از اتمام زمان مقرر ثبت نام امکانپذیر نمی باشد، مگر در موارد خاص (استخدام، نوزاد و....) ۸. عواقب ارائه اطلاعات ناقص برعهده شخص می باشد .
اداره کارگزینی و رفاه