|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **کد ملی** | **روز** | **ماه** | **سال** | **محل تولد** | **نام پدر** | **شماره شناسنامه** | **اصلی**  **کد31** | **فرعی**  **کد 32** | **پدر**  **کد 5** | **مادر**  **کد 6** | **پسر**  **کد 7** | **دختر**  **کد 8** | **همسر**  **کد 12** | **تحت تکفل کد 21** | **غیر تحت تکفل کد 22** | **نام و نام خانوادگی** | **جنسیت**  **کد مرد26** | **جنسیت**  **کد زن 27** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **لطفا با دقت تکمیل شود: \*\*محل تولد: 1. شماره همراه 2.کد پستی 3.شماره حساب**  **4 . شماره شبا(26رقمی) 5. نام بانک (شماره حساب مذکور) 6. کد شعبه**  **5.درصورتیکه قرارداد قبلی (بیمه نوین) ثبت نام نموداید ارائه جدول الف. با تغییر ب. بدون تغییر امضاء**    **تذکر : 1- قبل از تکمیل فرم ثبت نام ،جدول خدمات،سقف پرداخت /فرانشیزومفاد(تفاهم نامه)قرارداد را مطالعه نمایید (قرارداد سال گذشته به علاوه خدمات جدید)2.با دقت کلیه اطلاعات وکد های مربوط به آن ثبت نمائید.3. کپی صفحه اول دفترچه، کارت ملی، شناسنامه خود و افراد تحت تکفل درهنگام ثبت نام الزامیست 4.حداکثر تا تاریخ 01/12/95 نسبت به ثبت نام اقدام و نسخه تکمیل شده فوق را به اداره کارگزینی و رفاه ارائه نمائید این زمان به هیچ وجه تمدید نخواهد شد. امکان اضافه نمودن پس از زما ن مقررا مقدور نمی باشد،مگر درموارد خاص (استخدام،نوزاد ) 5. تسریع در امر ثبت نام و ثبت در سیستم بیمه جهت پرداخت خسارت ضروری است6.کلیه مدارک پزشکی از01/10/95به بعد پس از ثبت نهایی بیمه قابل پرداخت است 7. کلیه فعالیتهای بیمه ای پس از ثبت نام و دریافت رمز عبوراز طریق سایت بیمه نوین قابل پیگیری است (پرداخت خسارت ، طرف قرارداد و...)8. شرایط سنی ، بالای 70سال دو برابرنرخ مصوب تعیین می شود. 8. –توجه : عواقب ارائه اطلاعات ناقص برعهده شخص می باشد . اداره کارگزینی رفاه و بیمه** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی نوین ( درمان گروهی کارکنان دانشگاه ایلام) از 01/10/95 تا30/09/96 درصورت تجمیع 30/07/96 : **لطفاً اطلاعات ارائه شده با دقت کامل تکمیل گردد**. (انتخاب فقط یک طرح )

طرح الف : سرانه هر نفر با پوشش دندان ( 000/530 ریال ) بلی □ طرح ب: بدون پوشش دندان (000/420 ریال ) بلی □