|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **کد ملی** | **روز** | **ماه** | **سال** | **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 :**  امضاء    **تذکر : 1- قبل از تکمیل فرم ثبت نام ،جدول خدمات،سقف پرداخت /فرانشیزومفاد(تفاهم نامه)قرارداد را مطالعه نمایید2.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 تاریخ15/10/96 نسبت به ثبت نام اقدام و نسخه تکمیل شده فوق را به اداره کارگزینی و رفاه ارائه نمائید 5.کلیه مدارک پزشکی از01/10/96به بعد پس از ثبت نهایی بیمه قابل پرداخت است 5. بیمه نوین لیست نهایی پزشک و مراکز طرف قرارداد خود را متعاقبا اعلام ، پس از آن جهت سهولت در پرداخت ها با هماهنگی بیمه به آن مراکز مراجعه نمایید.6. شرایط سنی ، بالای 70سال دو برابرنرخ مصوب تعیین می شود 7. امکان اضافه نمودن پس از اتمام زما ن مقررثبت نام امکانپذیر نمی باشد،مگر درموارد خاص (استخدام،نوزاد و....) 8.عواقب ارائه اطلاعات ناقص برعهده شخص می باشد .** ادره کارگزینی ورفاه | | | | | | | | | | | | | | | | | |

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی نوین ( درمان گروهی) از 1/10/96 تا30/09/97دانشگاه ایلام : لطفاً اطلاعات ارائه شده با دقت کامل تکمیل گردد. (انتخاب فقط یک طرح )

طرح الف ، سرانه هر نفر با پوشش دندان (239/436 ریال ) بلی □ طرح ب بدون پوشش دندان (321/315ریال ) بلی □