

فرم تقاضای "ثبت" افراد تحت تکفل مربوط به قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵
افراد تحت تکفل واجد شرایط طرح پرداخت حق بیمه تکمیلی درمان توسط بانک ملی ایران
(همسر، فرزندان ذکور کمتر از ۱۸ سال و فرزندان اناث مجرد و فاقد شغل)

شرکت ملی خدماتی تدارک

باسلام

احتراماً اینجانب..... فرزند با شماره پرسنلی و کدملی
..... شماره شناسنامه..... تاریخ تولد شاغل در تلفن همراه
..... درخواست می‌نمایم نسبت به "ثبت" افراد ذیل الذکر جهت استفاده از مزایای بیمه درمان تکمیلی اقدام نمایند.
ضمناً اینجانب با آگاهی کامل از شرایط حق بیمه افراد تحت تکفل خود و قبول مسئولیت صحت مشخصات ذیل اعلام می‌نمایم در صورت
هر گونه تغییر احتمالی در رابطه با مشخصات اعلام شده، مراتب را در اسرع وقت و به همراه مدارک مستند به شرکت ارائه نمایم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت (همسر اول / دختر مجرد و فاقد شغل / پسر کمتر از ۱۸ سال)	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نام پدر
۱						
۲						
۳						
۴						

تاریخ و امضاء سرپرست

فرم تقاضای ثبت افراد تحت تکفل مربوط به قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵
افراد تحت تکفل فاقد شرایط طرح پرداخت حق بیمه تکمیلی درمان توسط بانک ملی ایران
(تعدد زوجه، فرزندان ذکور بیشتر از ۱۸ سال و پدر و مادر)

احتراماً اینجانب فرزند با شماره پرسنلی شاغل در و کدملی شماره
شناسنامه..... تاریخ تولد..... شاغل در..... تلفن همراه درخواست می‌نمایم
نسبت به "ثبت" افراد ذیل الذکر جهت استفاده از مزایای بیمه درمان تکمیلی اقدام نمایند.
ضمناً اینجانب با آگاهی از شرایط پرداخت حق بیمه هر یک از افراد تحت تکفل فاقد شرایط خود (تعدد زوجه، فرزندان ذکور بیشتر از ۱۸
سال و پدر و مادر) به میزان ۱۳،۵۰۰،۰۰۰ ریال مسئولیت صحت درج مشخصات افراد ذیل الذکر را عهده دار خواهم بود.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت (تعدد زوجه / فرزندان ذکور بیشتر از ۱۸ سال / پدر و مادر)	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نام پدر
۱						
۲						
۳						
۴						

تاریخ و امضاء سرپرست