

فرم درخواست بیمه تکمیلی افزایش تعداد افراد بیمه شده در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱

ریاست محترم اداره رفاه

با سلام : اینجانب..... عضو هیات علمی - کارمند رسمی پیمانی قراردادی
به کد ملی.....

که شاغل در اداره/ دانشکده می باشم و بیمه تکمیلی طرح یک طرح دو بوده ام درخواست افزایش
تعداد نفرات در بیمه تکمیلی را می نمایم. خواهشمند است نسبت به افزایش افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی اینجانب
از تعداد نفر به تعداد..... نفر اقدام لازم صورت گیرد.

مشخصات افراد اضافه شده بشرح پیوست می باشد:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت

شماره تماس:

مدارک افراد اضافه شده :

تصویر صفحات شناسنامه

تصویر کارت ملی

امضا متقاضی:

فرم درخواست بیمه تکمیلی کاهش تعداد افراد بیمه شده در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱

ریاست محترم اداره رفاه

با سلام: اینجانب..... عضو هیات علمی- کارمند رسمی پیمانی قراردادی
به کد ملی که شاغل در اداره/ دانشکده می باشم و بیمه تکمیلی طرح یک در طرح دو
بوده ام، درخواست کاهش تعداد نفرات در بیمه تکمیلی را می نمایم.

خواهشمند است نسبت به کاهش افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی اینجانب از تعداد نفر به تعداد..... نفر اقدام
لازم صورت گیرد.

مشخصات افراد حذف شده بشرح پیوست می باشد:

۱-

۲-

۳-

شماره تماس:

اسامی بیمه شدگان سال قبل:

امضا متقاضی:

فرم درخواست بیمه تکمیلی متقاضیان تغییر طرح ۱ بیمه به طرح ۲ بیمه در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲

ریاست محترم اداره رفاه

باسلام: اینجانب..... عضو هیئت علمی کارمند رسمی پیمانی قراردادی به شماره ملی که شاغل در اداره / دانشکده می باشم قبلاً نیز بیمه تکمیلی بوده ام درخواست تغییر طرح بیمه از ۱ به طرح ۲ با حق بیمه ۷۰۰۰۰۰ ریال می نمایم. خواهشمند است نسبت به ثبت نام بیمه تکمیلی اینجانب به تعداد نفر (همانند سال قبل) اقدام لازم را بعمل آید.

شماره تماس:

اسامی بیمه شدگان سال قبل:

محل امضاء متقاضی

فرم درخواست بیمه تکمیلی متقاضیان تغییر طرح ۲ بیمه به طرح ۱ بیمه در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱

ریاست محترم اداره رفاه

باسلام: اینجانب..... عضو هیئت علمی □ کارمند رسمی □ پیمانی □ قراردادی □ به شماره ملی
که شاغل در اداره / دانشکده می باشم، درخواست تغییر طرح ۲ بیمه تکمیلی به طرح ۱ با حق بیمه
♦♦♦/۵۰۰ ریال می نمایم. خواهشمند است نسبت به ثبت نام بیمه تکمیلی اینجانب به تعداد نفر (همانند سال
قبل) اقدام لازم را بعمل آید.

شماره تماس:

اسامی بیمه شدگان سال قبل :