

فرم عضویت جدید بیمه طلایی اسفند ۱۳۹۹

(شامل افرادی که سال گذشته عضو نبوده اند)

اینجانب : با کد پرسنلی : و شماره همراه : در تاریخ ۱۳۹۹ / ۱۲ / متقاضی عضویت خود و افراد مندرج در جدول ذیل در بیمه طلایی طرح الف طرح ب بوده و به حسابداری محل خدمت خود وکالت می دهیم حق بیمه خود و افراد تحت تکفلم را کسر و به حساب شرکت بیمه واریز نماید.

حق بیمه طرح الف به ازای هر نفر : ۸۵۰۰۰۰ تومان حق بیمه طرح ب به ازای هر نفر : ۴۹۵۰۰۰ تومان

**این فرم مخصوص سرپرست (خودهمکار) + همسر و فرزندان کارکنان آقا + فرزندان کارکنان خانم می باشد
به همراه داشتن کپی شناسنامه و کارت ملی تمام افراد مندرج در جدول ذیل و سرپرست الزامیست**

نام و نام خانوادگی	محل صدور	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی (۱۰ رقم)	جنسیت	نام پدر	نسبت با بیمه شده	
							همسر کارکنان آقا	فرزند
			۱۳ / /					
			۱۳ / /					
			۱۳ / /					
			۱۳ / /					

تذکره ۱: این فرم صرفاً برای فرد شاغل به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل شامل (همسر و فرزندان کارکنان آقا) و فرزندان کارکنان خانم طراحی گردیده .
تذکره ۲: برقراری پوشش بیمه ای فرزندان مشروط به عدم اشتغال و عدم ازدواج می باشد .

امضاء بیمه شده اصلی