

بسمه تعالی

فرم درخواست عضویت صندوق بیمه تکمیلی

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد			نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	نسبت	نوع دفترچه بیمه	شماره دفترچه بیمه
			روز	ماه	سال						
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											

شماره تلفن همراه:

شماره حساب بانک کشاورزی:

## شرایط

- ۱- افراد تحت تکفل باید خانواده درجه یک و دفترچه بیمه آنها مربوط به بیمه شده اصلی باشد
  - ۲- در صورت به دنیا آمدن نوزاد مابه التفاوت ماه های گذشته باید پرداخت گردد و فرزندان دختر از بدو ازدواج و فرزندان پسر از بدو مشمولیت خدمت نظام وظیفه از صندوق بیمه تکمیلی خارج می گردند و در صورت استفاده از بیمه تکمیلی حق بیمه تا پایان سال از محل سود سهام کسر خواهد شد  
تبصره: در صورتیکه افراد تحت تکفل در ابتدا ثبت نام نشوند در بین سال نمیتوانند از بیمه تکمیلی استفاده نمایند
  - ۳- قرارداد درمان تکمیلی برای مدت شش ماه یا یک سال منعقد میگردد و تا پایان مدت به قوت خود باقی و حق بیمه از محل سود سهام کسر می گردد
  - ۴- در صورتیکه به هر دلیل از دفترچه بیمه استفاده نشود و هزینه آزاد پرداخت شود ۷۰٪ مبلغ پرداخت میگردد
- احتراما اینجانب ..... سهامدار شرکت جهاد نصر با تعداد ..... سهم شرایط مندرج در فرم را مطالعه نموده ضمن قبول کلیه موارد مذکور شرکت جهاد نصر کرمانشاه مبلغ  
ریال جهت حق بیمه از سود سهام سال ۹۶ اینجانب کسر نماید.

آدرس و تلفن منزل :

آدرس و تلفن محل کار :

تلفن همراه :

## مدارک مورد نیاز

- ۱- یک قطعه عکس ۳\*۴ بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل
  - ۲- کپی کارت ملی بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل
  - ۳- کپی تمام صفحات شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل
  - ۴- کپی برگ اول دفترچه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل
- نام و نام خانوادگی
- تاریخ و امضا و اثر انگشت