

باسمه تعالی



تاریخ درخواست :

" فرم ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی شرکت شسکام "

استان.....مرکز.....منطقه.....

ردیف	کد پرسنلی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	ش / شناسنامه	تاریخ تولد	شماره ملی	نسبت با بیمه شده اصلی	جنسیت	نوع درخواست		شماره بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی
										افزایش	کاهش	
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												

محل امضاءمسئول یا نماینده:

محل امضاءبیمه شده اصلی:

شماره حساب :

شماره شبا :

توضیحات :

تلفن همراه:

(تذکر :تنها در صورتی درخواست شما ثبت می گردد که تمامی ستون ها بصورت خوانا تکمیل شده باشد)

اینجانب متعهد به ثبت نام بیمه تکمیلی با نفرات مندرج به صورت پیوسته نسبت به سال های بعد بوده که طبق فراخوان سال های بعد با شرایط تعهدات جدید در صورت نیاز به ثبت نام جدید، فقط تغییرات (حذف و اضافه) خود را اعلام می دارم در غیر اینصورت همچنان با همین نفرات عضو باقی خواهم ماند.