

فرم شماره (۲)

فرم تغییرات ویژه افرادی که در قرارداد فعلی (۹۳/۳/۱ تا ۹۴/۲/۳۱) تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی می باشند جهت حذف و اضافه احتمالی افراد تبعی، انصراف کلی و تمایل یا عدم تمایل به پوشش دندانپزشکی در قرارداد آتی

الف) جدول برای اضافه نمودن افراد تبعی

اینجانب: محل خدمت: شماره تلفن همراه:
شماره تلفن ثابت: ، با توجه به شرایط و تعهدات قید شده در پشت برگه افراد تبعی زیر را از تاریخ ۹۴/۳/۱ به لیست بیمه شدگان تکمیلی خود اضافه می نمایم.

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

ب) جدول برای حذف کردن افراد تبعی که در قرارداد فعلی (۹۳/۳/۱ تا ۹۴/۲/۳۱) تحت پوشش بوده اند

اینجانب: محل خدمت: شماره تلفن همراه:
شماره تلفن ثابت: ، با توجه به شرایط و تعهدات قید شده در پشت برگه افراد تبعی زیر را از تاریخ ۹۴/۳/۱ از لیست بیمه شدگان تکمیلی خود حذف می نمایم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت

ج) انصراف کلی این جانب و افراد تحت پوشش از بیمه درمان تکمیلی

د) با توجه به شرایط اعلام شده در پشت برگه ، این جانب به همراه افراد تحت پوشش، متقاضی استفاده از خدمات دندانپزشکی می باشم
 نمی باشم

امضا:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی: