

فرم شماره (۲)

فرم درخواست انعقاد قرارداد بیمه عمر و حوادث تکمیلی شاغلین و بازنشسته گان دانشگاه فردوسی مشهد

اینجانب : نام پدر : شماره شناسنامه :

کد ملی : تاریخ تولد :/...../۱۳..... محل صدور شناسنامه :

☐ شاغل		کارمند	☐ شاغل		عضو هیأت علمی
☐ بازنشسته			☐ بازنشسته		

دارای دفترچه بیمه درمانی / تأمین اجتماعی به شماره می باشم، موافقت خود را
جهت برخورداری از بیمه عمر حوادث تکمیلی طرح الف ☐ طرح ب ☐ اعلام می دارم و به مدیریت مالی
اجازه می دهم که ماهیانه مبلغریال از حقوقم کسر و به حساب شرکت بیمه ایران واریز
نمایند .

امضای متقاضی