

فرم درخواست وام بیمه دانشجویی

دانشجوی گرامی؛

لطفاً پس از مطالعه دقیق دستورالعمل بیمه خدمات درمانی در صورت نیاز به وام بیمه دانشجویی طبق مقررات صندوق رفاه دانشجویان مشخصات خود را به شرح ذیل مرقوم دارید.

نام : نام خانوادگی : نام پدر :
 شماره شناسنامه : شماره ملی : محل تولد :
 تاریخ تولد :
 رشته تحصیلی : شماره دانشجویی : سال ورود به دانشگاه :
 شماره سند محضری :

در صورت تأهل مشخصات خانواده را در جدول ذیل بنویسید :

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره شناسنامه	شماره ملی	جنسیت	نسبت
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

با توجه به مراتب فوق خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به پرداخت وام بیمه دانشجویی جهت صدور دفترچه برای افراد مشروحه ذیل اقدام نمائید:

۱- ۲-

۳- ۴-

آدرس :

تلفن : همراه :

آدرس پست الکترونیک (E-mail) : تاریخ و امضاء دانشجو :

توجه : در صورت نقص در هریک از مدارک فوق یا اطلاعات خواسته شده در فرم ها دفترچه بیمه صادر نخواهد شد.



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

بیمه نامه

صدور اولیه / تمدید دفترچه سایر اقسشار

کد مدرک: 08 FM 02 00

تاریخ:

شماره:

(۱) مشخصات فرد اصلی:

در این قسمت چیزی ننویسید. ↓

کد بیمه درمانی سرپرست:

شماره فیش:

تاریخ فیش:

مبلغ فیش:

نام مؤسسه بیمه گزار:

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد: / / جنسیت: مذکر مؤنث

شماره ملی: شماره شناسنامه: شماره سری / سریال شناسنامه:

بیماری خاص: تاریخ ازدواج: / /

محل سکونت: استان

شهرستان

بخش

شهر / روستا

خیابان

کوچه

پلاک

کدپستی

تلفن

محل کار: استان

شهرستان

بخش

شهر / روستا

خیابان

کوچه

پلاک

کدپستی

تلفن

(۲) مشخصات افراد تبعی:

روز / ماه / سال ↓

نمراه سریال	نام	نام خانوادگی	نوع تابعیت		نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره کارت هویت ویژه یا گذرنامه معتبر	شماره شناسنامه	شماره ملی	شماره سری / سریال شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
			ایرانی	خارجی											
۱							/ /								
۲							/ /								
۳							/ /								
۴							/ /								
۵							/ /								

(۳)

۳- الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی در نظر این بیمه نامه، صحت اطلاعات تکمیل شده را تأیید می نمایم. نام و نام خانوادگی سرپرست تاریخ و امضاء	۳- ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است و کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری تعهد میشود. کارگزینی تاریخ مهر و امضاء	۳- د) ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع میباشد. واحد درآمد مهر و امضاء تاریخ	۳- ه) در رایانه ثبت شد. واحد بیمه گری مهر و امضاء تاریخ
---	---	---	--