

* فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی *

دفتر خدمات بیمه ای صندوق تعاون ورفاه سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

نام خانوادگی :	شماره نظام دامپزشکی :	مدرک تحصیلی :	نام :
آدرس منزل :	تلفن منزل :	تلفن محل کار :	تلفن همراه :
آیا در سال قبل بیمه تکمیلی درمان بوده اید ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کد بیمه سال قبل:			

متقاضی بیمه	نام	نام خانوادگی	نام پدر	ش شناسنامه	ش دفترچه	کد ملی	روز	ماه	سال تولد	حق بیمه
فرد اصلی										
همسر										
فرزند 1										
فرزند 2										
فرزند 3										
فرزند 4										
پدر										
مادر										
									جمع کل	

اینجانب..... با مطالعه کامل بروشور اطلاعات ثبت نام بیمه درمان تکمیلی، عمرو حادثه و با اطلاع کامل از حق بیمه، شرایط، تعهدات و خدمات تحت پوشش، اقدام به ثبت نام نموده ام.

مبلغ..... ریال طی فیش شماره..... مورخ..... به شماره حساب مهر 0101546167003 بانک کشاورزی به نام صندوق تعاون ورفاه سازمان نظام دامپزشکی واریز نمودم.

امضاء متقاضی

تاریخ پوشش بیمه : از ۸۸/۰۲/۱۲ تا ۸۹/۰۲/۱۲

جهت کسب اطلاعات بیشتر به آدرس اینترنتی www.iranvc.ir مراجعه و یا با شماره تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۰۳۹۱۱ تماس حاصل فرمائید.