

* 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:

آدرس منزل: تلفن منزل: تلفن محل کار: تلفن همراه: تلفن ضروری:

آیا در سال قبل بیمه تکمیلی درمان بوده اید؟ بلی خیر تاریخ انقضاء بیمه نامه قبلی:

متقاضی بیمه	نام	نام خانوادگی	نام پدر	ش شناسنامه	ش دفترچه	کد ملی	روز	ماه	سال تولد	حق بیمه
فرد اصلی										
همسر										
فرزند ۱										
فرزند ۲										
فرزند ۳										
فرزند ۴										
پدر										
مادر										
	جمع کل									

اینجانب..... با مطالعه کامل بروشور بیمه درمان تکمیلی، عمر و 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 ۰۱۰۱۵۴۶۱۶۷۰۰۳ بانک کشاورزی به نام صندوق تعاون ورفاه سازمان نظام دامپزشکی واریز نمودم.

امضاء متقاضی

تاریخ پوشش بیمه از: ۸۸/۱۰/۰۱ تا ۸۹/۰۲/۱۲

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