

احتراماً خواهشمند است نسبت به اعمال تغییرات درخواستی ذیل در بانک بیمه تکمیلی قرارداد سال اینجانب اقدام نمائید٪

نام و نام خانوادگی سرپرست : امضاء یا اثر انگشت / تاریخ درخواست/...../.....

کارمند هیأت علمی شاغل بازنشسته | قراردادی پیمانی رسمی

«خواهشمند است هنگام ورود اطلاعات نهایت دقت را مبذول فرمائید؛ بدیهی است امضاء فوق مؤید صحت اطلاعات می باشد»

نام و نام خانوادگی	نام پدر	ش.ش	کد ملی (۱۰ رقم؛ بدون خط تیره)	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نسبت (اصلی، همسر، فرزند، پدر، مادر،...)	اقدام مورد نظر
			/ /		<input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> ادامه پس از بازنشستگی
			/ /		<input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> ادامه پس از بازنشستگی
			/ /		<input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> ادامه پس از بازنشستگی
			/ /		<input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> ادامه پس از بازنشستگی
			/ /		<input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> ادامه پس از بازنشستگی
			/ /		<input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> ادامه پس از بازنشستگی

همکار گرامی، خواهشمند است به نکات ذیل توجه فرمائید :

- بازه زمانی قرارداد بیمه عمر و درمان تکلیلی از اول خرداد لغایت ۳۱ اردیبهشت سال آتی می باشد؛
- هر گونه درخواست تغییرات در افراد تحت تکفل جهت اعمال در قرارداد جدید فقط در ماه پایانی قرارداد (اردیبهشت) دریافت می شود؛
- داشتن دفترچه بیمه گر اول (خدمات درمانی، تامین اجتماعی، ایرانیان، نیروهای مسلح و) جهت پوشش تکمیلی الزامی است؛

«سایر ضوابط، اخبار و اطلاعیه های مهم از طریق سایت دانشگاه و سامانه اتوماسیون فایلر به اطلاع خواهد رسید»