

« فرم درخواست بیمه مازاد درمان (تکمیلی) صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز »

اینجانب فرزند به شماره عضویت و شماره ملی

متولد / / ۱۳ با اطلاع از شرایط و سقف تعهدات بیمه مازاد درمان صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز ،

متقاضی استفاده از این طرح برای اینجانب و افراد تحت تکفل خویش می باشم.

- اینجانب به امور مالی صندوق وکالت می دهم حق بیمه مربوط به خود و افراد تحت تکفلم را از حقوق و مزایای ماهیانه اینجانبکسر نماید.

امضاء بیمه شده اصلی