

## فرم درخواست بیمه مزاد (تکمیلی) صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز

### صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز

اینجانب ..... به شماره عضویت ..... و شماره ملی .....  
با اطلاع از شرایط و سقف تعهدات بیمه مزاد درمان صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز، متقاضی استفاده از این طرح  
برای خود و افراد تحت تکفلم می باشم. همچنین به امور مالی صندوق وکالت می دهم حق بیمه مربوطه را از حقوق و  
مزایای ماهیانه اینجانب کسر نماید.

ایمیل:

کد پستی:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس:

اثر انگشت:

امضاء:

تاریخ: