



دانشگاه صنعتی
امیرکبیر (پ.ت.)

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی دانش

شماره دانشجویی : سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵

مشخصات فردی

نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	شماره ملی:
تاریخ تولد:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	

وضعیت تحصیلی:

دانشگاه:	مقطع تحصیلی:	شماره دانشجویی:
وضعیت دانشجو: عادی <input type="checkbox"/> انتقالی <input type="checkbox"/> مهمان <input type="checkbox"/>		

مشخصات محل سکونت:

استان:	شهر:	کد پستی:
نشانی:		

اطلاعات تماس با دانشجو

شماره تلفن ثابت دانشجو:	شماره تلفن همراه دانشجو:
آدرس پست الکترونیکی:	

سازمان پوشش دهنده بیمه پایه:

ندارم خدمات درمانی تامین اجتماعی نیروهای مسلح کمیته امداد سایر

با توجه به تسهیلات برقرار شده از طرف صندوق رفاه دانشجویان طبق شرایط مندرج ذیل

- متقاضی بیمه تکمیلی دانش مطابق با تعهدات فرم شماره الف به مبلغ ۱.۹۲۰.۰۰۰ ریال بمدت ۱۲ ماه می باشد.
 - متقاضی بیمه تکمیلی دانش مطابق با تعهدات فرم شماره ب به مبلغ ۱.۳۲۰.۰۰۰ ریال بمدت ۱۲ ماه می باشد.
 - متقاضی بیمه تکمیلی دانش مطابق با تعهدات فرم شماره ج به مبلغ ۲.۸۸۰.۰۰۰ ریال بمدت ۱۲ ماه می باشد.
 - در صورت ایجاد امکان در خصوص بهره مندی اعضای خانواده ام از این امر (پدر و مادر) با پرداخت نقدی حق بیمه آنان ، مایل به بهره مندی آنان از بیمه تکمیلی دانش می باشم.
 - تعداد افراد خانواده جهت پوشش بیمه تکمیلی : نفر
- توضیح : حق بیمه افراد تحت تکفل (تبعی یک - همسر و فرزندان) به مبالغ فوق افزوده می شود.

شماره فیش واریزی: تاریخ فیش واریزی:

تاریخ: نام و نام خانوادگی: محل امضاء:

مدارک مورد نیاز: کپی کارت دانشجویی ، کپی شناسنامه ، کپی کارت ملی دو رو ، کپی شناسنامه و کارت ملی (دور) افراد تحت تکفل ، اصل و کپی فیش واریزی

اداره رفاه دانشجویان - معاونت دانشجویی

محل امضاء کارشناس تحویل گیرنده ی فرم و فیش واریزی