



دانشگاه صنعتی امیرکبیر
(پلی تکنیک تهران)

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری



سال تأسیس ۱۳۵۲

برگ درخواست بیمه خدمات درمانی

ردیف:
تاریخ:

شماره دانشجویی: []

دانشجوی عزیز ارائه اطلاعات ناقص همراه با قلم خوردگی یا محدود بودن درخواست به منزله عدم بررسی و احیای آن تلقی می‌گردد.

نوع وام درخواستی: تمدید دفترچه بیمه صدور دفترچه بیمه

مشخصات فردی:

نام: نام خانوادگی: محل صدور: شماره ملی: شماره ملی: شماره ملی:
تاریخ تولد: / / نام پدر: وضعیت تاهل: متاهل مجرد متاهل
جنسیت: مرد زن
آدرس/کد پستی ده‌رقمی: تلفن/همراه:

تاریخ عقد: نام همسر: نام خانوادگی همسر: نام پدر همسر: تاریخ تولد همسر: / /
شماره شناسنامه همسر: محل تولد همسر دانشجوی: شغل همسر دانشجوی: کد ملی همسر:
تعداد فرزندان: نام فرزند: کد ملی فرزند:

وضعیت تحصیلی:

دانشکده: رشته/گرایش تحصیلی: سال ورود به دانشگاه: نیمسال ورود:
وضعیت دانشجوی: عادی انتقالی مهمان شاغل: بلی خیر
دانشگاه مبدأ (مخصوص دانشجویان میهمان و انتقالی): شماره دانشجویی دانشگاه مبدأ: تاریخ شروع:

وضعیت تحصیلی قبلی: تسویه با اداره رفاه دانشجویان دانشگاه مقطع قبلی و ثبت وضعیت فارغ‌التحصیلی در فاز سیستم جامع صندوق رفاه دانشجویان الزامی است. (مختص دانشجویان تحصیلات تکمیلی)

محل اخذ کارشناسی: رشته: محل اخذ کارشناسی ارشد: رشته:
شماره دانشجویی کارشناسی: سال فارغ‌التحصیلی: شماره دانشجویی کارشناسی ارشد: سال فارغ‌التحصیلی:

اینجانب تعهد می‌نمایم که کلیه اطلاعات مندرج در این پرسشنامه را صادقانه و با صحت کامل تکمیل نموده و در صورتی که مطلبی خلاف واقع در این اطلاعات مشاهده و اثبات گردد، حق استفاده از تسهیلات بیمه دانشجویان را نخواهم داشت.
نام و امضای دانشجو
تاریخ

مهر و تایید امور دانشجویی دانشگاه

تاریخ: