

اینجانب با کد ملی..... ش. شناسنامه از اعضای دانش آموخته دانشگاه
با شماره حساب بانک ملت..... و شماره شبا (حساب اعلام شده بانک ملت) شماره تلفن
ثابت و شماره تلفن همراه..... آدرس ایمیل درخواست
کاهش افزایش اصلاح بیمه شدگان به شرح جدول ذیل را اعلام می دارم:

ردیف	حذف / اضافه h	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	ش.ش	تاریخ تولد	نسبت
1	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>							
2	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>							
3	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>							
4	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>							
5	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>							
6	حذف <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/> اصلاح <input type="checkbox"/>							

*مدارک لازم جهت اضافه شدن افراد:

- تصویر تمام صفحات شناسنامه فرد افزایش یافته و فرزندان بالای 22 سال تمام.
- تصویر کارت ملی فرد افزایش یافته (بشت و رو)
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه فرد افزایش یافته و فرزندان بالای 22 سال تمام.
- ارائه حکم استخدامی بیمه شده اصلی (در صورت جدیدالاستخدام بودن و عدم عضویت در سنوات گذشته)
- ارائه گواهی اشتغال به تحصیل برای فرزندان ذکور مجرد (در صورت عدم اشتغال به کار) از 23 تا 25 سالگی تمام.
- ارائه تأییدیه سازمان بهزیستی و تأییدیه پزشک معالج برای فرزندان معلول ذهنی و جسمی.
- تصویر برای دادگاه مبنی بر کفالت والدین یا قیومیت فرزندان

امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی
تاریخ

امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس بیمه تکمیلی
تاریخ