



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

صندوق رفاه دانشجویان

شماره پرونده:

تاریخ درخواست:

فرم درخواست تسهیلات بیمه درمانی تکمیلی

دانشجوی عزیز، ارایه اطلاعات ناقص همراه با قلم خوردگی یا مخدوش بودن درخواست، به منزله عدم بررسی و اجابت آن تلقی می‌گردد.

دانشگاه: [] دانشکده: [] شماره دانشجویی: []
مقطع تحصیلی: [] رشته تحصیلی: [] شروع تحصیل: []
نام: [] نام خانوادگی: [] نام پدر: []
کدملی: [] محل تولد: [] تاریخ تولد: []
شماره شبدا: [] شماره همراه: []

اینجانب تعهد می‌نمایم که کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را صادقانه تکمیل نموده‌ام و در صورتی که مطلبی خلاف واقع در این اطلاعات مشاهده و اثبات گردد، همه وجوه دریافتی را طبق دستورالعمل پرداخت و بازپرداخت صندوق، به صندوق رفاه دانشجویان پرداخت می‌نمایم و پس از آن نیز حق استفاده از وام یا کمکهای صندوق رفاه دانشجویان را نخواهم داشت. همچنین متعهد می‌گردم چنانچه به هر دلیل قطع رابطه آموزشی برای اینجانب رخ داد مراتب را سریعاً به اداره رفاه دانشگاه اطلاع داده و نسبت به پیگیری تا زمان ثبت این موضوع در سیستم یکپارچه صندوق، اقدام نمایم و بدینوسیله موافقت می‌نمایم پوشش یک ساله بیمه تکمیلی برای اینجانب ثبت گردد. همچنین از کم و کیف، جدول تعهدات، سقف قابل پرداخت، میزان فرانشیز و سایر موارد مربوط به بیمه درمانی تکمیلی آگاهی یافته و موافق می‌باشم.

تاریخ و امضای دانشجو

ضمن تایید صحت اطلاعات مندرج در فرم درخواست با پرداخت تسهیلات بیمه درمانی تکمیلی به نامبرده موافقت گردید.

امضا و مهر مدیر امور دانشجویی دانشگاه

امضا و مهر رئیس اداره رفاه دانشجویان

امضا و مهر معاون دانشجویی و فرهنگی دانشگاه