**\*\*\*فرم نامه نوزاد تازه متولد شده**

**جناب آقای**

**سرپرست محترم مدیریت امور پشتیبانی ورفاهی**

**باسلام واحترام،**

**به استحضار می رساند باتوجه به نوزاد تازه متولد شده آقا / خانم ............................ پرسنل ( رسمی / پیمانی / قراردادی / طرحی / شرکتی) مرکز........................به شماره کد ملی .................. که دارای بیمه درمان طرح ........... اصلی ...... نفر وتبعی ........ نفر می باشد و نام نوزاد..........................که از تاریخ بدو تولد به لیست بیمه شدگان تبعی نامبرده اضافه گردد. لذا خواهشمند است دستور اقدامات لازم رامبذول فرمائید.**

**مدارک لازم :**

**1-تصویر شناسنامه پدریا مادر (بیمه شده اصلی )**

**2- گواهی تولد یا شناسنامه نوزاد**

**3- پرسنل( طرحی / شرکتی )کل مبلغ حق بیمه از بدو تولد نوزادتا آخر قرار داد واریزگردد وارسال شود.**

**3- فرم تعهدنامه ازسامانه بیمه درمان دانشگاه**