

## فرم مشخصات پرسنل و افراد تحت تکفلشان جهت بیمه تکمیلی درمان ایران

الف - مشخصات نفر اصلی (کارمند)

شماره شناسنامه: ..... / تاریخ تولد: ..... / نام پدر: ..... نام خانوادگی: ..... نام مستخدم: ..... شماره استفاده: .....  
 کد ملی: ..... وضعیت تاهل: ..... تاریخ استخدام: ..... / نوع بیمه اولیه (خدمات درمانی/تامین اجتماعی): ..... شماره دفترچه .....  
 بیمه: ..... شماره حساب: ..... نام بانک: ..... شماره تلفن همراه: ..... نوع استخدام (رسمی/پیمانی/قراردادی/قانون کار): .....

### ب - مشخصات افراد تحت تکفل (بیمه شده) نفر اصلی:

نسبت	شماره دفترچه بیمه	کد ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد			نام خانوادگی	نام	ردیف
					سال	ماه	روز			
										۱
										۲
										۳
										۴
										۵
										۶
										۷

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی مسول مرکز

امضاء

کارمند

نام و نام خانوادگی باشد . نام و نام خانوادگی موردا تایید اینجانب می باشد .

صحبت موارد فوق موردا تایید اینجانب می باشد . نام و نام خانوادگی کارمند