

فرم مشخصات پرسنل و افراد تحت تکفلشان جهت بیمه تکمیلی درمان کارکنان شاغل و بازنشسته ایثارگر

الف - مشخصات نفر اصلی

نام:..... نام خانوادگی:..... نام پدر:..... تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه:..... کد ملی:..... نوع بیمه اولیه(خدمات درمانی/تامین اجتماعی):..... شماره دفترچه بیمه:..... شماره تلفن همراه:..... نوع استخدام(رسمی/پیمانی/قراردادی/قانون کار/طرحی/بازنشسته):..... نوع ایثارگری:..... درصد جانبازی:.....

ب - مشخصات افراد تحت تکفل:

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

صحت موارد فوق مورد تایید اینجانب می باشد . نام و نام خانوادگی کارمند

امضاء

نام و نام خانوادگی مسول مرکز

مهر و امضاء