

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

الف - مشخصات نفر اصلی

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

ب - مشخصات افراد تحت تکفل:

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد			نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	شماره دفترچه بیمه	نسبت
			سال	ماه	روز					
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: