



فرم مشخصات پرسنل و افراد تحت تکفشان جهت بیمه تکمیلی (بیمه میهن)

الف - مشخصات نفر اصلی (کارمند)

نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	محل صدور شناسنامه	کد ملی	کد پرسنلی
			روز	ماه	سال				

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

نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد			نام پدر	شماره شناسنامه	محل صدور شناسنامه	کد ملی
		روز	ماه	سال				

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز:

امضاء

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