

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

الف - مشخصات نفر اصلی

نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: کدملی: 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 جایزایی: شماره حساب بانک صادرات: کدملی: شماره شبای بانک صادرات: محل پست سازمانی:

ب - مشخصات افراد تحت تکفل:

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

مهر و امضاء: نام و نام خانوادگی مسول مرکز: امضاء: نام و نام خانوادگی کارمند: صحت موارد فوق مورد تایید اینجانب می باشد. نام و نام خانوادگی کارمند: