



باسمه تعالی



درخواست پوشش درمان تکمیلی کارکنان رسمی، بیمانی و قراردادی شاغل
تاریخ اجرای قرارداد ۱۴۰۰/۰۲/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۱/۳۱

فرم شماره ۱

مشخصات بیمه شده‌ی اصلی شاغل در دانشکده / آموزشکده‌ی شهر

نام : نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / ۱۳ نام پدر : ش شناسنامه : جنسیت: مرد زن

کد ملی : کد پرسنلی : تاریخ استخدام : / / ۱۳ وضعیت اشتغال: رسمی پیمانی قراردادی

شماره بیمه‌ی پایه : نام بیمه‌گر پایه: خدمات درمانی تأمین اجتماعی

تلفن همراه: شماره حساب حقوقی بانک تجارت: شماره شبای تجارت: کد پستی منزل:

وضعیت اینارگری : جانباز آزاده فرزند شهید درصد جانبازی:

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	ش شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام بیمه‌گر پایه	شماره دفترچه‌ی بیمه	جنسیت	نسبت با بیمه شده‌ی اصلی
۱					۱۳ / /				
۲					۱۳ / /				
۳					۱۳ / /				
۴					۱۳ / /				
۵					۱۳ / /				

مشخصات افراد غیر تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	ش شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام بیمه‌گر پایه	شماره دفترچه‌ی بیمه	جنسیت	نسبت با بیمه شده‌ی اصلی
۱					۱۳ / /				
۲					۱۳ / /				
۳					۱۳ / /				

تذکره ۱: افراد فوق مندرجات و مشخصات فوق را مطابق با مدارک و مستندات کنترل و شمول آن را مطابق با قرارداد و شیوه‌نامه‌های بیمه‌ای سال ۱۴۰۰ تأیید نمایند. بدیهی است پس از تکمیل و تأیید این فرم، حق بیمه‌ی مربوط از حقوق متقاضی کسر می‌گردد.

امضای بیمه شده‌ی اصلی