

فرم مشخصات پرسنل و افراد تحت تکفل آنها جهت ثبت نام قرارداد بیمه تکمیلی درمان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی استان کرمانشاه

(طرف قرارداد با شرکت بیمه کوثر سال ۱۳۹۴ - نمایندگی حسنی)

الف - مشخصات بیمه اصلی (کارمند)

نام : نام خانوادگی : نام پدر : تاریخ تولد : / / شماره شناسنامه : کد ملی :
 نوع بیمه گر اولیه : (خدمات درمانی / تامین اجتماعی) شماره دفترچه بیمه : شماره تلفن همراه :
 نوع استخدام : (رسمی / پیمانی / قراردادی / قانون کار) محل خدمت (محل کار) :

ب - مشخصات افراد تحت تکفل (بیمه شدگان تبعی)

نسبت با بیمه شده اصلی	جنسیت	کد ملی	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	محل صدور	نام خانوادگی	نام
			سال	ماه	روز				

مهر و امضاء

کارگزینی و حسابداری محل خدمت

امضاء:

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