

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 سینا سال ۱۳۹۵)

الف - مشخصات بیمه اصلی (کارمند)

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)	شماره حساب بانک صادرات :	(لطفا فقط شماره حساب نوشته شود)		محل خدمت (محل کار) :		

ب - مشخصات افراد تحت تکفل (بیمه شدگان تبعی)

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

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

امضاء:

کارگزینی و حسابداری محل خدمت

مهر و امضاء