

لیست متقاضیان بیمه تکمیل درمان کارکنان علوم پزشکی ۱۳۹۸ (بیمه البرز)

((اطلاعات بیمه شده اصلی)) نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: / /

شماره ملی: نام پدر: محل خدمت:

شماره شبای حساب ملی: شماره موبایل:

((اطلاعات افراد تبعی))

ردیف	کد ملی	نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نام پدر	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی	تحت تکفل یا غیر تحت تکفل
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				

* همکاران خانم اسم خود را در سربرگ و به عنوان بیمه شده اصلی بنویسند و همسر و فرزندان در جدول نوشته شود.

** اطلاعات خواسته شده جهت صدور کارت تکمیل درمان مورد استفاده قرار می گیرد لذا خواهشمند است جهت جلوگیری از هرگونه اشکال احتمالی تمامی اطلاعات خواسته شده به صورت کامل و خوانا درج گردد .

***جهت رفع هر گونه ابهام و مشکل در تکمیل نمودن فرم باشماره تلفن ۴۳۳۰۷۱۷۲ تماس بگیرید.

**** محل خدمت مشخص شود (بیمارستان ۲۲بهمن – بیمارستان حکیم – معاونت بهداشتی – معاونت آموزشی – و)

• دارای سهمیه ایثارگری هستید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام و نام خانوادگی و امضای

تاریخ: