

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی کارکنان

نام شرکت

تاریخ

۱۳۹ / /

مشخصات کارکنان

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	کد ملی	بیمه پایه	شماره دفترچه بیمه	وضعیت تاهل	زیرگروه	شماره حساب	شماره شبدا (الزامی میباشد)
۱			۱۳ / /									

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	کد ملی	بیمه پایه	شماره دفترچه بیمه	وضعیت تاهل	نسبت با نفر اصلی	تلفن همراه
۱			۱۳ / /								
۲			۱۳ / /								
۳			۱۳ / /								
۴			۱۳ / /								
۵			۱۳ / /								
۶			۱۳ / /								
۷			۱۳ / /								

اینجانب

اعلام می نمایم که کارمند شاغل در شرکت می باشم وصحت مندرجات فوق را تأیید مینمایم و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشم

امضاء

تاریخ

اینجانب.....مدیریت شرکت.....

اطلاعات فوق را تأیید می نمایم و در صورت عدم واریز حق بیمه متعهد به پرداخت آن میباشم

امضاء / مهر

تاریخ

مدارک مورد نیاز: کپی کارت ملی، کپی شناسنامه، کپی صفحه اول دفترچه بیمه