|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **فرم اطلاعات پرسنلی بیمه تکمیلی پارسیان کارکنان فرهیختگان** | | | | | | | | | | | |
|  | **ردیف** | **نام** | **نام خانوادگی** | **نسبت** | **شماره شناسنامه** | **تاریخ تولد** | **شماره ملی** | **محل تولد** | **محل صدور** | **نام پدر** | **شماره تلفن همراه** | **کد پرسنلی** |
| **کارمند** | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **شماره شبای بانکی کارمند:** |

|  |
| --- |
| تحویل گیرنده: خانم/ آقای  تعداد ..... برگ مدارک تحویل گردید.  امضاء |

شرکت فرهیختگان پیام همراه

با سلام و احترام

خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به پوشش بیمه تکمیلی درمان خود و افراد تحت پوشش اینجانب .................... به شرح جدول فوق اقدام فرمایند.

|  |
| --- |
| مدارک لازم متقاضی و افراد تحت پوشش:  فتوکپی شناسنامه - صفحه اول و دوم  فتوکپی کارت ملی جهت افراد بالای 15 سال  فتو کپی دفترچه بیمه |

ضمناً متعهد می گردم مسئولیت صحت اطلاعات ارائه شده به عهده اینجانب می باشد.

امضاء اثر انگشت

تاریخ