

فرم مشخصات متقاضیان استفاده از بیمه تکمیلی و افراد تحت تکفلشان

جدول ۱- مشخصات متقاضی استفاده از بیمه تکمیلی (سرپرست)

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد (روز، ماه، سال):	شماره شناسنامه:	محل صدور:
کد ملی:	شماره استخدام:	تاریخ استخدام و نوع استخدام:	کد بیمه خدمات درمانی یا شماره تأمین اجتماعی:	شماره حساب حقوقی:

جدول ۲- مشخصات افراد تحت تکفل ایشان (۱۳۹۱-۱۳۹۲)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد (روز، ماه، سال)	شماره شناسنامه	محل صدور	کد ملی	کد بیمه خدمات درمانی یا شماره تأمین اجتماعی	نسبت با سرپرست

*توجه: فرزندان ذکور تا سن ۲۲ سال و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال و به شرط عدم اشتغال و ازدواج تا سن ۳۰ سال، می توانند بیمه شوند.