



فرم مشخصات بیمه شدگان بیمه درمان تکمیلی کارکنان بیمه آرمان

شماره سند: FM-HR-06/02

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

متقاضی محترم

با آرزوی سلامتی برای شما و خانواده محترمتان، خواهشمند است با دقت و حوصله و بدون قلم خوردگی به تکمیل این فرم اقدام فرمایید

مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی

مشخصات بیمه نامه:

نام بیمه گذار: شرکت بیمه آرمان
شماره بیمه نامه:

مشخصات بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی: شماره پرسنلی:
نام پدر: شماره شناسنامه:
تاریخ تولد: کدملی:
محل صدور شناسنامه: شماره بیمه تامین اجتماعی:

مشخصات بیمه شده فرعی: (پدر، مادر، همسر و فرزند)

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور شناسنامه	کدملی	نوع بیمه شده	
							نسبت	تحت تکفل
							عادی	

دارای سابقه بیمه درمان تکمیلی نزد تا تاریخ می باشم.

تاریخ

مهر و امضای بیمه گذار

تاریخ

امضای متقاضی