



**باسمه تعالی**

**درخواست پوشش درمان تکمیلی کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی شاغل**

**تاریخ اجرای قرارداد 01/02/13400 لغایت 31/01/13401**

**فرم شماره1**

**مشخصات بیمه­شده­ی اصلی شاغل در دانشکده/ آموزشکده­ی ......................................................................................... شهر ..........................................**

**نام : ............................ نام خانوادگی : .............................. تاریخ تولد : / / 13 نام پدر : ........................... ش شناسنامه : .................................. جنسیت: مرد زن**

**کد ملی : ......................... کد پرسنلی : .......................... تاریخ استخدام / / 13 وضعیت اشتغال : رسمی پیمانی قراردادی**

**شماره بیمه­ی پایه : .................................... نام بیمه­گر پایه: خدمات درمانی تأمین اجتماعی**

**تلفن همراه: ............................... شماره حساب حقوقی بانک تجارت: ...................................شماره شبای تجارت: ......................................................................کد پستی منزل:**

وضعیت ایثارگری : جانباز  آزاده  فرزند شهید  **درصد جانبازی: ...................**

**مشخصات افراد تحت تکفل**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر** | **ش شناسنامه** | **کد ملی** | **تاریخ تولد** | **نام بیمه­گر پایه** | **شماره دفترچه­ی بیمه** | **جنسیت** | **نسبت با بیمه­شده­ی اصلی** |
| **1** |  |  |  |  | **/ / 13** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  | **/ / 13** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  | **/ / 13** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  | **/ / 13** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  | **/ / 13** |  |  |  |  |

**مشخصات افراد غیرتحت تکفل**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر** | **ش شناسنامه** | **کد ملی** | **تاریخ تولد** | **نام بیمه­گر پایه** | **شماره دفترچه­ی بیمه** | **جنسیت** | **نسبت با بیمه­شده­ی اصلی** |
| **1** |  |  |  |  | **/ / 13** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  | **/ / 13** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  | **/ / 13** |  |  |  |  |

**تذکر 1:**  افراد فوق مندرجات و مشخصات فوق را مطابق با مدارک و مستندات کنترل و شمول آن را مطابق با قرارداد و شیوه­نامه­های بیمه ای سال 1400 تأیید نمایند. بدیهی است پس از تکمیل و تأیید این فرم، حق بیمه­ی مربوط از حقوق متقاضی کسر می­گردد.

**امضای بیمه­شده­ی اصلی**