



فرم مشخصات متقاضیان بیمه درمان تکمیلی شرکت خدمات اول مخابرات

کد فرم: ID-W01-F01-000

تاریخ:

شماره:

استان شهرستان شعبه کد شعبه

ردیف	کد پرسنلی	نام	نام خانوادگی	ش / شناسنامه	تاریخ تولد	شماره ملی	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع درخواست		شماره بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی
								افزایش	کاهش	
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										

محل امضاء بیمه شده اصلی:

محل امضاء مسئول یا نماینده:

شماره حساب واریز حقوق:

شماره شب:

توضیحات:

تلفن همراه:

تذکر: تنها در صورتی درخواست شما ثبت می گردد که تمامی ستون ها بصورت خوانا تکمیل شده باشد