

فرم افزایش عائله

۱- مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

نام پدر:		نام:	
نام خانوادگی:		کد بیمه درمانی سرپرست:	
تعداد عائله تحت تکفل قبل از تکمیل فرم:			

۲- مشخصات افراد تحت تکفل بیمه شده:

محل صدور	شماره شناسنامه کد ملی	تاریخ تولد			جنسیت		نسبت با بیمه شده	نام پدر	نام خانوادگی	نام	کد پنجه	ت.ق.
		سال	ماه	روز	مرد	زن						

لطفاً نسبت به صدور کارت / دفترچه بیمه حسب مشخصات مندرج در جداول فوق اقدام فرمایید. بدیهی است حق سرانه مصوب افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی، از تاریخ تحت پوشش پرداخت خواهد گردید.

مهر و امضاء کارفرما
امور مالی و اداری

محل امضاء بیمه شده اصلی

این قسمت توسط شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش تکمیل می گردد.

تاریخ ازدواج: / / تاریخ تولد نوزاد (تازه متولدین): / / تاریخ احراز کفالت (پدر و مادر): / /			
رئیس اداره خدمات درمانی	تاریخ نام نویسی: / /	کد بیمه:	لیست ماه / سال
امضاء	تعداد کارت / دفترچه صادره:		بررسی مورخ: / /
نام و امضاء مسئول نام نویسی			نام و امضاء مسئول درآمد بیمه