

## ۱- مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست):

نام: ..... نام پدر: .....  
 نام خانوادگی: ..... جنسیت: .....  
 تاریخ تولد: ..... شماره شناسنامه: ..... کد ملی: ..... محل صدور: ..... وضعیت تاهل: .....

## ۲- مشخصات افراد تحت تکفل بیمه شده:

| محل صدور | شماره شناسنامه<br>کد ملی | تاریخ تولد |     |     | جنسیت |    | نسبت با بیمه شده | نام پدر | نام خانوادگی | نام | کد بیمه | تاریخ |
|----------|--------------------------|------------|-----|-----|-------|----|------------------|---------|--------------|-----|---------|-------|
|          |                          | سال        | ماه | روز | مرد   | زن |                  |         |              |     |         |       |
|          |                          |            |     |     |       |    |                  |         |              |     |         |       |
|          |                          |            |     |     |       |    |                  |         |              |     |         |       |
|          |                          |            |     |     |       |    |                  |         |              |     |         |       |
|          |                          |            |     |     |       |    |                  |         |              |     |         |       |
|          |                          |            |     |     |       |    |                  |         |              |     |         |       |
|          |                          |            |     |     |       |    |                  |         |              |     |         |       |
|          |                          |            |     |     |       |    |                  |         |              |     |         |       |
|          |                          |            |     |     |       |    |                  |         |              |     |         |       |

## ۳- جدول مشخصات محل کار بیمه شده اصلی: (این قسمت توسط محل کار بیمه شده تکمیل می گردد.)

محل کار: ..... نوع استخدام: .....  
 تاریخ استخدام: ..... کد بیمه تامین اجتماعی: .....

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

مهر و امضاء کارفرما  
مدیر منابع انسانی

محل امضاء بیمه شده اصلی

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

| رئیس خدمات درمانی<br>امضاء  | تاریخ نام نویسی: / /       |  | کد بیمه: | لیست ماه        | سال |
|-----------------------------|----------------------------|--|----------|-----------------|-----|
|                             | تعداد کارت / دفترچه صادره: |  |          | بررسی مورخ: / / |     |
| نام و امضاء مسئول نام نویسی |                            |  |          |                 |     |