



فرم مشخصات متقاضیان بیمه درمان تکمیلی شرکت خدمات اول مخابرات

فرم شماره ۱
تاریخ:

استان شهرستان شعبه کد شعبه

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

محل امضاء بیمه شده اصلی: محل امضاء مسئول یا نماینده:

توضیحات:

تلفن همراه:

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

شماره حساب واریز حقوق:

شماره شبا:

نام بانک: