

## همکاران گرامی در پر کردن نوع فرم حذف و اضافه دقت فرمایند.

فرم مشخصات بیمه تکمیلی جهت اضافه کردن (فرد یا افراد جدید) اعضای هیات علمی و کارمندان مربوط به قرارداد (۱۴۰۰/۰۸/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۷/۳۰)

نوع استخدام: محل خدمت: شماره حساب: شماره شبا: تلفن مستقیم محل کار:

تلفن داخلی: تلفن همراه (۱): تلفن همراه (۲): تلفن منزل: آدرس:

اینجانب آقای/ خانم ..... متقاضی اضافه نمودن بیمه تکمیلی برای خودم و یا افراد تحت پوشش خود به نام و یا نامهای زیر می باشم.

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			محل صدور	وضعیت تاهل	کد ملی
					روز	ماه	سال			
۱	اصلی									
۲	همسر									
۳	فرزند									
۴	فرزند									
۵	فرزند									
۶	فرزند									
۷	پدر تحت تکفل									
۸	مادر تحت تکفل									
۹	پدر غیر تحت تکفل									
۱۰	مادر غیر تحت تکفل									

مندرجات فوق مورد تأیید اینجانب ..... می باشد.

امضاء:

تاریخ

**توجه :** همکار محترم دانشگاهی، لطفاً به جهت اهمیت موضوع در اسرع وقت نسبت به تکمیل فرم اقدام و تا تاریخ مقرر از طریق اتوماسیون به کارتابل ریس اداره رفاه و امور بازنشستگی ارسال فرمایید .