

## فرم اضافه بیمه تکمیلی ویژه ۲

### همکاران گرامی، هنگام تکمیل فرم مورد نظر دقت لازم را مبذول فرمایید.

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 :      تلفن همراه (۱):      تلفن همراه (۲):      تلفن مستقیم:      تلفن داخلی:

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			محل صدور	وضعیت تاهل	کد ملی
					روز	ماه	سال			
۱	اصلی									
۲	فرزند ذکور مجرد بالای ۲۶ سال									
۳	فرزند ذکور مجرد بالای ۲۶ سال									
۴	فرزند ( پسر متأهل )									
۵	فرزند (پسرمتأهل )									
۶	فرزند (دخترمتأهل)									
۷	فرزند (دخترمتأهل)									
۸	عروس									
۹	عروس									
۱۰	داماد									
۱۱	داماد									
۱۲	پدر همسر									
۱۳	مادر همسر									
۱۴	خواهر بیمه شده اصلی									
۱۵	خواهر بیمه شده اصلی									
۱۶	برادر بیمه شده اصلی									
۱۷	برادر بیمه شده اصلی									
۱۸	نوه									
۱۹	نوه									

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 **رییس اداره رفاه و امور بازنشستگی** ارسال فرمائید.