

نوع بیمه : تکمیلی خاص (والدین تمامی کارکنان)

نام	نام خانوادگی	شماره پرسنلی بیمه شده اصلی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	جنسیت	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	شماره دفترچه درمانی
								بیمه شده اصلی	
						زن		مادر	
						مرد		پدر	

شماره موبایل بیمه شده اصلی :

نوع بیمه : تکمیلی خاص (همسر کارکنان مؤنث)

نام	نام خانوادگی	شماره پرسنلی بیمه شده اصلی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	جنسیت	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	شماره دفترچه درمانی
						زن		بیمه شده اصلی	
						مرد		همسر	

شماره موبایل بیمه شده اصلی :