

فرم اطلاعات پرسنلی	شماره ویرایش : ..	تاریخ ویرایش : ۹۴/۱۲/۲۶	kCI-HR-F-13
--------------------	----------------------	----------------------------	-------------

**۱- مشخصات شناسنامه ای :**

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... شماره شناسنامه ..... محل صدور .....  
 کد ملی ..... تاریخ تولد ..... / / محل تولد ..... جنسیت .....  
 متاهل  مجرد

**۲- وضعیت نظام وظیفه**

پایان خدمت  معاف موقت  معاف نظامی  معاف پزشکی  معاف کفالت  معاف دائم  معاف زیر پرچم  غیر مشمول   
 حوزه خدمت: ارتش  نیروی انتظامی  سپاه  سایر   
 تاریخ شروع دوره / / تاریخ پایان دوره / / خدمت سال :  
 وضعیت رزمندگی: آزاده  بسیجی  جبهه - منقضی 56  جبهه خط عادی  جبهه خط مقدم  گردان عاشور  عضو محترم خانواده   
 شهداء   
 نسبت ..... درجه ..... جانباز  درصد جانبازی ..... میزان معافیت کار روزانه .....

**۳- سوابق تحصیلی (از درج سوابقی که فاقد مدرک معتبر می باشد خودداری نمائید)**

مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	گرایش تحصیلی	نام مدرسه / موسسه	محل اخذ مدرک	تاریخ اخذ مدرک (روز/ ماه/ سال)	معدل

**۴- بستگان (همسر ، فرزندان و افراد تحت تکفل)**

نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل تولد	نسبت	وضعیت تاهل	محصل	شاغل	تحت تکفل	نوع بیمه

**۵- مشخصات تکمیلی فرد**

قد	وزن	رنگ مو	رنگ چشم	گروه خون	سایز کفش معمولی	سایز کفش ایمنی	سایز پیراهن	سایز شلوار	سایز لباس کار

وضعیت مسکن : نوع مسکن ( شخصی  استیجاری  سازمانی  سایر  مبلغ پیش پرداخت : مبلغ اجاره:

فرم اطلاعات پرسنلی	شماره ویرایش : ۰۰	تاریخ ویرایش : ۹۴/۱۲/۲۶	kCI-HR-F-13
--------------------	----------------------	----------------------------	-------------

۶- سوابق آموزشی (از درج سوابقی که فاقد مدرک معتبر می باشد خودداری نمائید)

عنوان دوره	محل دوره	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مدت دوره (ساعت)	محل برگزاری	مدرک دارد

۷- تسلط به زبانهای خارجه و میزان آن

نام زبان خارجه	فهمیدن	صحبت کردن	خواندن	نوشتن	درک مفاهیم	مدرک دارد

۸- سوابق شغلی (از درج سوابقی که فاقد مدرک معتبر می باشد خودداری نمائید)

سازمان	سمت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	دلیل خروج	مدت بیمه (روز)	شعبه پرداخت بیمه

۹- قابلیتها (تخصصها و مهارتهای کاری)

شرح تخصص / مهارت	تسلط کامل	متوسط	خوب	عالی	توضیحات

۱۰- نشانی ها

نشانی منزل	کد پستی	صندوق پستی	تلفن	موبایل	وب سایت

متقاضی محترم با عرض سلام با توجه به اهمیت اطلاعات نیروی انسانی صحیح ، خواهشمند است در تکمیل اطلاعات فوق دقت لازم را مبذول فرمائید .

اینجانب آقا / خانم .....صحت مندرجات فوق را تأیید می نمایم .

تاریخ :

امضاء:

تذکر مهم:


1- اعلام شماره حساب فراگیر بانك صادرات به شماره شبا:.....


## فرم تعیین ذینفع از سرمایه بیمه عمر / حوادث

**بیمه شده گرامی :**

ضمن آرزوی طول عمر همراه با سلامتی ، با توجه به اینکه این فرم جزء جدانشدنی بیمه نامه عمر و حوادث گروهی محسوب می شود ، خواهشمند است با دقت و حوصله نسبت به تکمیل آن اقدام فرمائید .

این فرم در صورت مخدوش نبودن و تقدم تاریخ تکمیل آن توسط بیمه شده نسبت به زمان فوت بیمه شده و تائید آن توسط بیمه گذار معتبر شناخته خواهد شد.

نام بیمه گذار: ..... شماره بیمه نامه عمر گروهی: ..... شماره بیمه نامه حوادث گروهی: .....	
---	---

نام و نام خانوادگی: ..... شماره پرسنی: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... شماره شناسنامه: ..... محل صدور شناسنامه: ..... کد ملی: .....	
--	--

<p><b>توجه :</b> در صورت عدم تعیین ذینفع ، درصد سهم ، مخدوش بودن نام افراد ، مشخصات شناسنامه ای ، درصد سهم ذینفع ها ، سرمایه ی بیمه بر اساس قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران در وجه وراث قانونی بیمه شده پرداخت خواهد شد .          *مخدوش بودن به معنای هر گونه خط خوردگی ، لاک گرفتگی ، خراشیدگی ، دوباره نویسی و یا محو شدن می باشد .</p>					
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم از سرمایه بیمه
.....	.....	.....	.....	.....	درصد .....
.....	.....	.....	.....	.....	درصد .....
.....	.....	.....	.....	.....	درصد .....
.....	.....	.....	.....	.....	درصد .....
.....	.....	.....	.....	.....	درصد .....
					۱۰۰ درصد

مهر و امضاء بیمه گذار: .....

امضاء بیمه شده: .....

تاریخ: .....

تاریخ: .....

KCI-HR-F-08	تاریخ ویرایش : ۹۴/۱۲/۲۶	شماره ویرایش مدرک: ..	فرم بیمه تکمیل درمان
-------------	-------------------------	--------------------------	----------------------

شرکت محترم سرمایه گذاری مس سرچشمه

با سلام

احتراما بدین وسیله به استحضار می رساند اینجانب ..... به شماره پرسنلی..... شاغل در امور ..... متقاضی  حذف نمودن افراد مشروحه ذیل از/ به لیست بیمه تکمیل درمان مربوط به خود میباشد. لذا خواهشمند است در این خصوص دستور مقتضی را صادر فرمائید. (مدارک مربوطه به پیوست تقدیم حضور می گردد.)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	توضیحات
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			

اقدام کننده:

تاریخ و امضاء

درخواست کننده:

تاریخ، امضاء و اثر انگشت

شماره تماس:

شماره شب:

در صورت هر گونه اشتباه در تکمیل فرم، شرکت هیچ مسئولیتی در قبال فرد بیمه شده ندارد.



فرم مدارک پرسنلی		شماره ویرایش مدرک: ۰۰		تاریخ ویرایش: ۹۴/۱۲/۲۶		kCI-HR-F-01	
تعداد.....برگ مدارک آقای ..... در تاریخ ..... تحویل اینجانب ..... گردید							
(شماره ردیف لیست اولیه		از امور		شهر (		شماره پرونده:	
مدارک لازم جهت عقد قرارداد				شماره پرسنلی جدید:			
مدارک لازم جهت عقد قرارداد				محل امضاء:			
نام و نام خانوادگی:							
نام شرکت سابق:							
شماره پرسنلی شرکت سابق:							
آیا همسر شما شاغل در شرکت مس می باشد؟ ۱-بله <input type="checkbox"/> ۲-خیر <input type="checkbox"/>				لطفاً داخل کادر فوق را با خودکار غیر قرمز امضاء کنید .			
شماره پرسنلی شرکت مس همسر: <input type="checkbox"/>							
اینجانب فرزند: شاغل مس <input type="checkbox"/> بازنشسته مس <input type="checkbox"/> از کار افتاده مس <input type="checkbox"/>				شماره حساب بانک صادرات:			
فوت ناشی از کار مس <input type="checkbox"/> فوت غیر ناشی از کار مس <input type="checkbox"/> می باشم				شماره شبا بانک صادرات:			
شماره پرسنلی شرکت مس پدر/مادر:				شهر شعبه پرداخت بیمه:			
شماره بیمه:							
ردیف	نوع مدرک	ردیف	ردیف	ردیف	توضیحات	ردیف	ردیف
۱	فرم شماره ۵						
۲	عکس (۳×۴) ۶ قطعه				مام رخ - زمینه روشن (( بانوان با پوشش اسلامی )		
۳	شناسنامه				کلیه صفحات		
۴	شناسنامه همسر، فرزندان و افراد تحت				کلیه صفحات -تحت تکفل مثلاً" پدر و مادر		
۵	کارت ملی خود و همسر				پشت و رو		
۶	کارت پایان خدمت یا معافیت (۲ عدد)				پشت و رو		
۷	استعلام پایان خدمت						
۸	تأییدیه ایمنی						
۹	گواهی عدم اعتیاد(تأیید حراست)				برای افراد جدید استخدام		
۱۰	گواهی عدم سوء پیشینه						
۱۱	سابقه بیمه پرداختی						
۱۲	کپی برگ اول دفترچه بیمه				برای افراد جدیداستخدام		
۱۳	مدارک آموزشی(مرتبط باشغل) و ایثارگری						
۱۴	آخرین مدرک تحصیلی ارائه شده(۲ عدد)				آخرین مدرک		
۱۵	استعلام مدرک تحصیلی						
۱۶	فرم ها						
۱۸	تلفن همراه :				تلفن ثابت :		

تذکره ۱: لطفاً برای تطبیق اصل مدارک ردیف‌های ۳ تا ۶ و ۱۲ تا ۱۴ را به کارگزینی ارائه نمایند .

تذکره ۲: اطلاعات مندرج در فرم پرسنلی را بصورت کامل بنویسید .

تذکره ۳: برای ارتباط اینترنتی و ارسال مدارک دستمزد لطفاً پست الکترونیکی را در فرم پرسنلی بنویسید .

تذکره ۴: شماره پرسنلی قبلی سرمایه گذاری در صورتی که قبلاً در شرکت سرمایه گذاری پرونده پرسنلی داشته‌اید؛ آن را در کادر مربوطه بالا قید نمایید.