

تاریخ :

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی سال ۱۳۹۵

شماره:

مشخصات بیمه شده اصلی

نام و نام خانوادگی کد ملی شماره شناسنامه تاریخ تولد
نام پدر تلفن همراه تلفن ثابت واحد سازمانی

کد بیمه: تامین اجتماعی خدمات درمانی آدرس :
شماره فیش : تاریخ:

مشخصات افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل

- ۱- نام و نام خانوادگی..... شماره شناسنامه کد ملی نام پدر تاریخ تولد..... نسبت بیمه گر اول
۲- نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه کد ملی نام پدر تاریخ تولد..... نسبت بیمه گر اول
۳- نام و نام خانوادگی..... شماره شناسنامه کد ملی نام پدر..... تاریخ تولد نسبت بیمه گر اول
۴- نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه..... کد ملی..... نام پدر..... تاریخ تولد..... نسبت بیمه گر اول
۵ - نام و نام خانوادگی..... شماره شناسنامه..... کد ملی نام پدر..... تاریخ تولد..... نسبت بیمه گر اول.....
۶ - نام و نام خانوادگی..... شماره شناسنامه کد ملی نام پدر..... تاریخ تولد..... نسبت بیمه گر اول
۷- نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه کد ملی نام پدر..... تاریخ تولد..... نسبت بیمه گر اول.....

امضاء