

تاریخ:

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی ایران 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 []

بیمه گر اول: تامین اجتماعی خدمات درمانی طرح یک: به مبلغ ۳۷۳/۵۰۰ ریال موافق هستم [] طرح دو: به مبلغ ۴۳۴/۷۵۰ ریال موافق هستم []

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