

تاریخ:

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی ایران سال ۱۳۹۶

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 ۸۲۰/۰۰۰ ریال موافق هستم طرح دو: ۱/۰۷۰/۰۰۰ 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