

تاریخ:

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی ایران سال ۱۳۹۹

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 ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال موافق هستم

مشخصات افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل "ارسال کپی صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان پسرودختر با گروه سنی ۲۰ سال با ارسال این فرم الزامی است بدون ارسال فرد بیمه نخواهد گردید"

- 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