

تاریخ:

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی ایران سال ۱۳۹۷

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 ۱/۲۵۰/۰۰۰ ریال موافق هستم طرح دو به مبلغ ۹۲۰/۰۰۰ 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