

تاریخ:

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی ایران سال ۱۳۹۸

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 ۲/۱۰۰/۰۰۰ 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