



@SA-FR-008/00

وضعیت بازنگری :

شماره :

تاریخ :

صدور اولیه بیمه نامه سایر اقشار

کدشناسایی : ۱۴۵۰۰۰۳

(۱) مشخصات فرد اصلی :

در این قسمت چیزی ننویسید . ↓

شماره بیمه شده : []

نام موسسه بیمه گزار
 نام : []

نام خانوادگی : []

نام پدر : []

تاریخ تولد : [] جنسیت : مونث مذکر

شماره شناسنامه : [] کد ملی : [] شماره مسلسل شناسنامه : [] محل صدور : []

بیماری خاص : [] تاریخ ازدواج : []

محل سکونت : استان [] شهرستان [] بخش [] شهر / روستا [] خیابان []
 استان [] شهرستان [] بخش [] شهر / روستا [] خیابان []

کوچه [] پلاک [] کوچه [] پلاک []
 کدپستی [] تلفن [] کدپستی [] تلفن []

مشخصات جغرافیایی بیمه گزار

شماره استان : []

شماره شهرستان [] []

شماره بیمه گزار []

در این قسمت چیزی ننویسید . ↑

روز/ماه/سال ↓

۲ مشخصات افراد تبعی ↓

شماره سرپال	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	تاریخ تولد	جنسیت	ش ش / کد ملی	شماره مسلسل شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
۱				/ /						
۲				/ /						
۳				/ /						
۴				/ /						
۵				/ /						

(۳)

۳- الف با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی که در پشت این بیمه نامه مندرج می باشد. صحت اطلاعات تکمیل شده را تایید می نمایم.	۳- ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تایید است	۳- ج) کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری تعهد می شود.	۳- د) ثبت اطلاعات در رایانه باامانع می باشد.	۳- ه) در رایانه ثبت شد.
نام و نام خانوادگی سرپرست: تاریخ و امضاء	کارگزینی موسسه بیمه گزار تاریخ مهر و امضاء	واحد امور مالی موسسه بیمه گزار تاریخ مهر و امضاء	واحد در آمد تاریخ مهر و امضاء	واحد رایانه تاریخ مهر و امضاء

