



@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 : محل سکونت : استان شهرستان
بخش شهر / روستا
بخش شهر / روستا
خیابان خیابان

کدپستی تلفن
کدپستی تلفن
پلاک
کوچه
کوچه
پلاک

مشخصات جغرافیایی بیمه گزار

شماره استان :

شماره شهرستان

شماره بیمه گزار

در این قسمت چیزی ننویسید . ↑

روز/ماه/سال ↓

۲ مشخصات افراد تبعی ↓

شماره سریال	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	تاریخ تولد	جنسیت	ش ش / کدملی	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 نماید .	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	تاریخ مهر و امضاء	تاریخ مهر و امضاء	تاریخ مهر و امضاء	تاریخ مهر و امضاء
کارگزینی موسسه بیمه گزار	واحد امور مالی موسسه بیمه گزار	واحد در آمد	واحد رایانه	

