



عکس

نوع مخاطب:  بیمه شده اصلی  بیمه شده تبعی  کارفرمای حقیقی

## اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:		نام:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
مذهب:	دین:	ملیت:	نام پدر:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	<input type="text"/>
وضعیت تاهل:	نسبت:	جنسیت:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	<input type="text"/>
شماره شناسنامه/گذرنامه:		شماره ملی:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
وضعیت:	سری و سریال شناسنامه:	روز:	تاریخ تولد:
<input type="checkbox"/> انجام خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت	<input type="text"/>	سال:	<input type="text"/>
وضعیت نظام وظیفه:		ماه:	
<input type="checkbox"/>		روز:	
گروه خونی:	بخش صدور:	محل صدور:	شهر محل تولد:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## نشانی محل سکونت

استان:	شهر:	کد پستی:	تاریخ شروع سکونت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نشانی:			
کد شهر:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	رشته تحصیلی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## اطلاعات آشنایان مخاطب

نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب:	شماره حساب:	نوع حساب:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### تائید به کارفرما

این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود

تاریخ استخدام بیمه شده :	شغل :	معاینات قبل از استخدام : <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
نام کارفرما : <b>احمد ریسمانچیان</b>	شماره ملی کارفرما :	شناسه حقوقی کارفرما :
نام کارگاه : <b>شرکت متن آرای تهران</b>	شماره کارگاه :	تلفن کارگاه :
نشانی کارگاه : <b>شهرک غرب - انتهای بلوار شهید دادمان - پژوهشگاه نیرو</b>		
محل امضاء کارفرما :		محل درج مهر کارگاه :

### اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

شماره مجوز :	تاریخ مجوز :	شروع دوره :	خاتمه دوره :
--------------	--------------	-------------	--------------

### اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص :	<input type="checkbox"/> تالاسمی	<input type="checkbox"/> هموفیلی	<input type="checkbox"/> کلیوی	تاریخ شروع بیماری خاص :
------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------

### اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب اصلی/تبعی	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	تا تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
-									

### تائید به مخاطب

محل درج اثر انگشت	محل امضاء	اینجانب در تاریخ / / ۱۳ به مراجعه نموده و ضمن درخواست نام نویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی ، صحت اطلاعات فوق را تایید می نمایم .
-------------------	-----------	--

### اطلاعات بیمه ای مخاطب و تائید به مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

نحوه شناسایی :	<input type="checkbox"/> کارفرما	<input type="checkbox"/> بازرسی	<input type="checkbox"/> عقد قرارداد	
نوع ارتباط :	<input type="checkbox"/> بیمه پرداز	<input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمات	<input type="checkbox"/> تحت پوشش بیمه شده اصلی	<input type="checkbox"/> بازمانده
نوع بیمه :	نوع خدمت :	گرایش بیمه / خدمت :		
درخواست نام نویسی آقای / خانم و در تاریخ / / ۱۳ شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد .		با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی		

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود