



پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان

عکس

☐ کارفرمای حقیقی

☐ بیمه شده تبعی

☐ بیمه شده اصلی

نوع مخاطب:

اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:										نام:									
مذهب:					دین:					ملیت: ☐ ایرانی ☐ غیر ایرانی					نام پدر:				
وضعیت تاهل:					نسبت:					جنسیت: ☐ مرد ☐ زن									
										شماره شناسنامه / گذرنامه:					شماره ملی:				
وضعیت: ☐ انجام خدمت					سری و سریال شناسنامه:					تاریخ تولد:					روز ماه سال				
☐ معاف																			
☐ عدم انجام خدمت																			
گروه خونی:					بخش صدور:					محل صدور:					شهر محل تولد:				

نشانی محل سکونت مخاطب

تاریخ شروع سکونت: / / ۱										کد پستی:										شهر:										استان:									
نشانی:																																							
نشانی الکترونیکی:										شماره تلفن همراه:										شماره تلفن ثابت:																			

اطلاعات تحصیلی

رشته تحصیلی:										سال اخذ مدرک:										آخرین مقطع تحصیلی:									

اطلاعات آشنایان مخاطب

نام:		نام خانوادگی:		شماره ملی:		تلفن ثابت:	
آشنای اول		شماره بیمه:		نشانی:			
نام:		نام خانوادگی:		شماره ملی:		تلفن ثابت:	
آشنای دوم		شماره بیمه:		نشانی:			

اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب: / / ۱										شماره حساب:										نوع حساب:									
نام بانک:										نام شعبه:										کد شعبه:									

تأییدیه کارفرما

از: قسمت توسط کارفرما تکمیل شود.	تاریخ استخدام بیمه شده: / / ۱	شغل:	معاینات قبل از استخدام: ☐ دارد ☐ ندارد
	نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسه حقوقی کارگاه:
	نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:
	نشانی کارگاه:		
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:	☐ تالاسمی	☐ هموفیلی	☐ کلیوی	تاریخ شروع بیماری خاص: / / ۱
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------

اظهارات مخاطب درخصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی/اتبعی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	لغایت تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
...									

تأییدیه مخاطب

اینجانب در تاریخ / / ۱ به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.	محل امضاء	محل درج اثر انگشت
--	-----------	----------------------

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تأییدیه مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

از: قسمت توسط شعبه تکمیل شود.	نوع شناسائی:	☐ کارفرما	☐ بازرسی	☐ عقد قرارداد
	نوع ارتباط:	☐ بیمه پرداز	☐ دریافت کننده خدمت	☐ تحت پوشش بیمه شده اصلی
	نوع بیمه:	نوع خدمت:	گرایش بیمه / خدمت:	
	مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی درخواست نامنویسی آقای / خانم این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / ۱ شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد. با توجه به اطلاعات مندرج در			

