سازمان تامین اجتماعی
اداره کل شرق تهران بزرگ

شماره : .....

تاریخ : .....

پرسشنامه اولیه نامنویسی

فرم جمع آوری اطلاعات کلی بیمه شده

فرم شماره یک

الف - نوع بیمه شده :

○ اصلی

○ تبعی نسبت : ..... شماره بیمه ، بیمه شده اصلی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ نام بیمه شده اصلی: .....

ب- مشخصات هویتی اصلی / تبعی :

۱- نام : ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

۲- نام خانوادگی : ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

۳- نام پدر : ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۴- ملیت : ..... ۵- جنسیت : ○ مرد ○ زن

۶- تاریخ تولد : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (روز / ماه / سال) ۷- شماره شناسنامه گذرنامه : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (حرف / سری / سریال)

۸ - شماره ملی : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۹- سریال شناسنامه : ☐☐☐☐☐☐/☐☐☐

۱۰- محل صدور : ..... ۱۱- بخش صدور : ..... ۱۲- کشور محل تولد : ..... ۱۳- شهر محل تولد : .....

ج- اطلاعات تکمیلی :

۱۴- تحصیلات: ..... ۱۵- رشته تحصیلی : ..... ۱۶- نشانی محل سکونت : .....

۱۷- کدپستی ۱۰ رقمی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۱۸- تلفن منزل : ..... ۱۹-کد شهر : .....

۲۰-تلفن همراه: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۲۱-نشانی الکترونیکی : ..... @ .....

۲۲- شماره حساب بانکی : ..... ۲۳- نام بانک : .....

۲۴- شعبه بانک : ..... ۲۵- کد بانک : .....

۲۶-شرایط خاص: جانبازی ☐ بیماری خاص ☐ از کارافتادگی ☐ پورسانتاژی ☐ اتباع خارجی ☐ کارگر فصلی ☐ سایر ☐

اثر انگشت :

د- زبان و گویش :

۲۷- زبان یا گویش که توانائی صحبت کردن با آن را دارید . (چند مورد را می توانید مشخص نمائید)

فارسی ☐ آذری ☐ کردی ☐ تالشی ☐ گیلکی ☐ لری ☐ بلوچی ☐ ترکمنی ☐ انگلیسی ☐ عربی ☐ سایر ☐ نام ببرید .....

ه- مشخصات دو نفر از آشنایان که در مواقع اضطراری بتوان با آنها تماس گرفت :

۲۸- نام: ..... نام خانوادگی : ..... شماره تلفن : ..... کد شهر ..... تلفن همراه .....

نشانی محل سکونت : .....

۲۹- نام: ..... نام خانوادگی : ..... شماره تلفن : ..... کد شهر ..... تلفن همراه .....

نشانی محل سکونت : .....

و- درخواست نامنویسی (بیمه شده اصلی):

۳۰-اینجانب ..... در تاریخ ..... به شعبه ..... مراجعه نموده و صحت اطلاعات فوق را تائید می نمایم .

نام و نام خانوادگی

محل امضاء