وضعیت بازسنجی :

شماره :

تاریخ :

سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی
استان تهران

صدور اولیه بیمه نامه کارکنان دولت

کد شناسایی : ۱۴۵۰۰۰۱

(۱) مشخصات فرد اصلی :

در این قسمت چیزی ننویسید.

محل الصاق عکس فرد اصلی

شماره بیمه شده :

نام محل خدمت : ..... تاریخ استخدام : / / شماره مستخدم :

وضعیت کارمند : ۱ ـ شاغل ☐ ۲ ـ بازنشسته ☐ ۳ ـ مستمری بگیر ☐ ۴ ـ وظیفه بگیر ☐

نام : .....

نام خانوادگی : .....

نام پدر : .....

تاریخ تولد : / / جنسیت : مذکر ☐ مؤنث ☐

شماره مسلسل شناسنامه : محل صدور : / /

شمار شناسنامه / کد ملی :

تاریخ ازدواج : / /

بیماری خاص :

محل سکونت : استان شهرستان بخش شهر / روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی تلفن

محل کار : استان شهرستان بخش شهر / روستا خیابان کوچه پلاک کدپستی تلفن

مشخصات جغرافیائی بیمه گزار

شماره استان :

شماره شهرستان :

شماره بیمه گزار :

در این قسمت چیزی ننویسید

(۲) مشخصات افراد تبعی :

شماره سریال	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد (روز / ماه / سال)	جنسیت	شماره شناسنامه / کد ملی	شماره مسلسل شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
۱					/ /			ـــــ			
۲					/ /			ـــــ			
۳					/ /			ـــــ			
٤					/ /			ـــــ			
٥					/ /			ـــــ			

(۳)

۳ ـ 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 تائید می نمایم.

نام و نام خانوادگی سرپرست — تاریخ و امضاء

۳ ـ ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تائید است.

کارگزینی محل خدمت

تاریخ — مهر و امضاء

۳ ـ ج) کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری تعهد میشود.

واحد امور مالی محل خدمت

تاریخ — مهر و امضاء

۳ ـ د) ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع میباشد.

واحد درآمد

تاریخ — مهر و امضاء

۳ ـ ه) در رایانه ثبت شد.

واحد رایانه

تاریخ — مهر و امضاء