



فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان
سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی استان تهران

خواهشمند است به سئوالات ذیل بطور کامل پاسخ دهید و در صورت نیاز به توضیحات بیشتر، با مشاور بیمه خود در واحد بیمه صندوق تعاون ورفاه سازمان تماس حاصل فرمائید.

نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	۱۳ / /
محل تولد:	شماره شناسنامه:	رشته تحصیلی:	
شغل:	متاهل: مجرد:	جنسیت: مرد: زن:	
کد بیمه گر پایه:			

مشخصات افراد تحت تکفل (برای فرزندان پسر بالای ۱۸ سال وضعیت تحصیلی و برای فرزندان دختر وضعیت ازدواج مشخص شود).

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			کد ملی	نام پدر	محل صدور	نسبت	کد بیمه گر پایه
			روز	ماه	سال					

نشانی:

تلفن همراه: تلفن منزل: آدرس الکترونیک:

شماره تماس ضروری: دورنگار (فکس):

مشخصات بانکی بیمه گذار:

نام بانک: کد شعبه:

شماره حساب:

شماره شب: IR.....

تاکنون از چه پوششهای بیمه ای صندوق استفاده کرده اید :

۱- ۲- ۳- ۴-

تاریخ تکمیل فرم: ۱۳ / / امضاء متقاضی:

اینجانب با دریافت برگ اطلاعات، آگاهی کامل و مطالعه شرایط، اقدام به ثبت نام بیمه تکمیلی نموده ام.