



بیمه ایران



استان تهران

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:	نام:
کد ملی:	شماره شناسنامه:	رشته تحصیلی:	محل تولد:
شماره نظام مهندسی:	متاهل: مجرد:	جنسیت: مرد: زن:	شغل:
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 (الزامی): ..... تلفن منزل: .....

شماره تماس ضروری (الزامی): .....

مشخصات بانکی بیمه گذار:

نام بانک: .....

شماره حساب: .....

شماره شب: IR.....

آیا در سال قبل از پوشش بیمه تکمیل درمان ایران استفاده کرده اید یا خیر؟

تاریخ تکمیل فرم: ۱۴۰۲ / / امضاء متقاضی:

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

تلفن تماس: ۸۶۱۲۲۳۵۱-۸۸۵۲۹۴۸۱

تلگرام: ۰۹۲۱۷۱۰۰۵۷۰