سازمان بیمه خدمات درمانی
ادارات کل بیمه خدمات درمانی استان اصفهان

فرم

صدور اولیه بیمه نامه سایر اقشار

کد مدرک : 06 FM 10 02
تاریخ :
شماره:

(۱) مشخصات فرد اصلی :

در این قسمت چیزی ننویسید.

شماره بیمه شده :
نام مؤسسه بیمه گزار :
شماره فیش :
مبلغ فیش :
این قسمت منحصراً جهت واریز حق بیمه سرانه بیمه شدگان تبعی ۳ می باشد.

نام :
نام خانوادگی :
نام پدر :
تاریخ تولد : / /
جنسیت : مذکر ☐ مؤنث ☐
شماره شناسنامه / کد ملی :
شماره مسلسل شناسنامه :
محل صدور :
بیماری خاص :
تاریخ ازدواج : / /

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

(۲) مشخصات افراد تبعی :

روز / ماه / سال

شماره سریال	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه / کد ملی	شماره مسلسل شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
۱					/ /						
۲					/ /						
۳					/ /						
۴					/ /						
۵					/ /						

(۳)

۳ - الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی که در پشت این بیمه نامه مندرج میباشد صحت اطلاعات تکمیل شده را تائید مینمایم
نام و نام خانوادگی سرپرست — تاریخ و امضاء

۳ - ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تائید است.
کارگزینی مؤسسه بیمه گزار
تاریخ — مهر و امضاء

۳ - ج) کسر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری تعهد میشود.
واحد امور مالی مؤسسه بیمه گزار
تاریخ — مهر و امضاء

۳ - د) ثبت اطلاعات در رایانه بلامانع میباشد.
واحد درآمد
تاریخ — مهر و امضاء

۳ - ه) در رایانه ثبت شد.
واحد رایانه
تاریخ — مهر و امضاء

این فرم لزوماً در دو نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارند.

دکتر بهرام نصر اصفهانی