

شماره :
تاریخ :

صدور اولیه بیمه نامه کارکنان دولت

کد شناسایی : ۱۴۱۵۰۰۰۰۰۱

سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی
استان تهران

(۱) مشخصات فرد اصلی:

در این قسمت چیزی ننویسید

شماره بیمه شده : _____

نام محل خدمت : _____ تاریخ استخدام : ____/____/____

وضعیت کارمند : ۱- شاغل ۲- بازنشسته ۳- مستمری بگیر ۴- بازنشده

نام خانوادگی : _____

نام پدر : _____

تاریخ تولد : ____/____/____ جنسیت : مذکر مؤنث

شماره شناسنامه : _____ کد ملی : _____

محل صدور : _____ محل سکونت : استان _____

محل کار : _____

محل الصاق عکس فرد اصلی

شماره مستخدم : _____ تاریخ بازخرید : ____/____/____

بازخرید شده وظیفه بگیر ۴- وظیفه بگیر

نام : _____

نام خانوادگی : _____

مشخصات جغرافیایی 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	جنسیت	شماره شناسنامه	کد ملی	شماره مسلسل شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
۱					/ /							
۲					/ /							
۳					/ /							
۴					/ /							
۵					/ /							

۳- الف) با اطلاع و پذیرش شرایط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی که در پشت این بیمه نامه مندرج می باشد صحت اطلاعات تکمیل شده را تأیید می نماید.

نام و نام خانوادگی سرباسته _____ تاریخ و امضاء _____

۳- ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است

کارگزارین محل خدمت _____ تاریخ _____

۳- ج) آکسیر حق بیمه درمان طبق مقررات جاری تعهد میشود.

واحد امور مالی محل خدمت _____ تاریخ _____

۳- د) ثبت اطلاعات در زبانه پلانچ میباشد.

واحد در آمد _____ تاریخ _____

۳- ه) در زبانه ثبت شد.

مهر و امضاء _____

