

## فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان سال ۱۴۰۰

تاریخ: ...../...../..... ۱۴۰۰

### مشخصات بیمه شده اصلی

نام و نام خانوادگی: ..... کدملی: ..... شماره شناسنامه: ..... تاریخ تولد: ...../...../..... نام پدر: .....

تلفن همراه: ..... تلفن ثابت: ..... شماره عضویت: ..... شماره بیمه پایه: .....

نشانی: ..... تاریخ فیش: .....

شماره شبا بانک تجارت: ..... شناسه چک صیاد به مبلغ ۱۱,۳۷۳,۱۲۶ ریال و تاریخ سررسید ۱۴۰۰/۱۱/۰۱

شماره فیش واریزی به مبلغ ۱۱,۳۷۳,۱۲۶ ریال به شماره حساب ۲۲۹۱۵۶۰۱۱۶ سازمان نزد بانک تجارت : ..... مورخ ...../...../..... ۱۴۰۰

### مشخصات افراد تحت تکفل:

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت با بیمه- گر	شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی یا تامین اجتماعی یا سایر بیمه گران اول
				روز	ماه	سال				
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										

مدارک لازم: کپی کارت ملی همه افراد.

موارد فوق مورد تایید است

امضاء