شماره : .....

تاریخ : .....

# پرسشنامه اولیه نامنویسی

## فرم جمع آوری اطلاعات کلی بیمه شده

**فرم شماره یک**

**الف - نوع بیمه شده :**

○ **اصلی**

○ **تبعی** نسبت : ..... **شماره بیمه ، بیمه شده اصلی:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **نام بیمه شده اصلی:** .....

**ب- مشخصات هویتی اصلی / تبعی :**

۱- نام : .....

۲- نام خانوادگی : .....

۳- نام پدر : ..... ۴- ملیت : ..... ۷- جنسیت : ○ مرد ○ زن

۵- تاریخ تولد : روز ☐☐ / ماه ☐☐ / سال ☐☐☐☐ ۶- شماره شناسنامه گذرنامه : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ سریال سری حرف

۸ - شماره ملی : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۹- سریال شناسنامه : ☐☐☐☐☐☐ / ☐

۱۰- محل صدور : ..... ۱۱- بخش صدور : ..... ۱۲- کشور محل تولد : ..... ۱۳- شهر محل تولد : .....

**ج- اطلاعات تکمیلی :**

۱۴- تحصیلات: ..... ۱۵- رشته تحصیلی : ..... ۱۶- نشانی محل سکونت : .....

۱۷- کدپستی ۱۰ رقمی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۱۸- تلفن منزل : ..... ۱۹-کد شهر : .....

۲۰-تلفن همراه: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۲۰-نشانی الکترونیکی : ..... @ .....

۲۱- شماره حساب بانکی : ..... ۲۲- نام بانک : .....

۲۳- شعبه بانک ..... ۲۴- کد بانک .....

۲۵-شرایط خاص: جانبازی ☐ بیماری خاص ☐ از کارافتادگی ☐ پورسانتاژی ☐ اتباع خارجی ☐ کارگر فصلی ☐ سایر ☐

**اثر انگشت :**

**د- زبان و گویش :**

۲۶- زبان یا گویش که توانائی صحبت کردن با آن را دارید . (چند مورد را می توانید مشخص نمائید )

فارسی ☐ آذری ☐ کردی ☐ تالشی ☐ گیلکی ☐ لری ☐ بلوچی ☐ ترکمنی ☐ انگلیسی ☐ عربی ☐ سایر ☐ نام ببرید _____

**ه- مشخصات دو نفر از آشنایان که در مواقع اضطراری بتوان با آنها تماس گرفت :**

۲۷- نام _____ نام خانوادگی _____ شماره تلفن : _____ کد شهر _____ تلفن همراه _____

نشانی محل سکونت : _____

۲۸- نام: _____ نام خانوادگی _____ شماره تلفن : _____ کد شهر _____ تلفن همراه _____

نشانی محل سکونت : _____

**و- درخواست نامنویسی (بیمه شده اصلی):**

۲۹-اینجانب ..... در تاریخ ..... به شعبه ..... مراجعه نموده و صحت اطلاعات فوق را تائید می نمایم .

**نام و نام خانوادگی**

**محل امضاء**