

فرم ثبت نام بیمه درمان گروهی آزمایشگاه

ردیف	نام	نام خانوادگی	کدملی	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد روز.ماه.سال	خانم آقا	نسبت
۱								اصلی
۲								
۳								
۴								
۵								

مشخصات افراد

نشانی محل سکونت:		مشخصات بانکی وسایر	
تلفن ثابت:	شماره همراه:	شماره حساب:	نام بانک:
نام بیمه پایه فرد اصلی:	شماره بیمه ی پایه فرد اصلی:	نام بیمه پایه غیر تکفل:	شماره بیمه ی پایه غیر تکفل:

نام و امضای درخواست کننده

مدارک مورد نیاز ثبت نام
کپی کارت ملی سرپرست و افراد تحت تکفل
کپی دفترچه بیمه سرپرست و افراد تحت تکفل
کپی شناسنامه سرپرست و افراد تحت تکفل

تا زمان به حد نصاب نرسیدن تعداد افراد، این قرارداد اعتبار ندارد

و بیمه ایران و انجمن، هیچگونه مسئولیتی بعهده نمی گیرند.