



فرم اطلاعات نمایندگان (حقوقی) و افراد تحت تکفل جهت قرار داد تکمیل درمان سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۱

کد ملی: -	کد نمایندگی: -	نام و نام خانوادگی نماینده:	نام پدر:	تاریخ تولد: / /
شماره شناسنامه:	جنسیت:	وضعیت تاهل:	تاریخ اخذ نمایندگی:	
بیمه پایه:	شماره دفترچه:			

نام بانک نماینده:	شماره حساب:	شماره همراه:
شماره شب:	IR _____	

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت	تکفل	تاهل	بیمه پایه	شماره دفترچه
				/ /							
				/ /							
				/ /							
				/ /							
				/ /							

نام و نام خانوادگی نماینده: با کد: نام و کد شعبه مافوق: درخواست ثبت نام افراد فوق الذکر را با کسر حق بیمه متعلقه از کارمزد این نمایندگی دارم.

امضا و مهر نمایندگی:

مدراک لازم پیوست شده:

<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه نماینده	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه همسر	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه فرزندان	<input type="checkbox"/> مدارک بیمه گر پایه (دفترچه یا ...)
<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی نماینده	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی همسر	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی فرزندان	
<input type="checkbox"/> گواهی اشتغال به تحصیل پسر ۲۰ سال به بالا	<input type="checkbox"/> تأییدیه عدم اشتغال به کار دختران بالای ۲۰ سال از تأمین اجتماعی		



فرم اطلاعات نمایندگان (حقیقی) و افراد تحت تکفل جهت فرار داد تکمیل درمان سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۱

کد ملی: -	کد نمایندگی: -	نام و نام خانوادگی نماینده:	نام پدر:	تاریخ تولد: / /
شماره شناسنامه:	جنسیت:	وضعیت تاهل:	تاریخ اخذ نمایندگی:	
بیمه پایه:	شماره دفترچه:			

نام بانک نماینده:	شماره حساب:	شماره همراه:
شماره شبا: IR _____		

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت	تکفل	تاهل	بیمه پایه	شماره دفترچه
				/ /							
				/ /							
				/ /							
				/ /							
				/ /							

نام و نام خانوادگی نمایندگی: با کد: نام و کد شعبه مافوق: درخواست ثبت نام افراد فوق الذکر را با کسر حق بیمه متعلقه از کارمزد این نمایندگی دارم.

امضا و مهر نمایندگی:

مدراک لازم پیوست شده:

<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه نماینده	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه همسر	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه فرزندان	<input type="checkbox"/> مدارک بیمه گر پایه (دفترچه یا ...)
<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی نماینده	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی همسر	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی فرزندان	
<input type="checkbox"/> گواهی اشتغال به تحصیل پسر ۲۰ سال به بالا	<input type="checkbox"/> تأییدیه عدم اشتغال به کار دختران بالای ۲۰ سال از تأمین اجتماعی		



فرم اطلاعات نمایندگان (عمر) و افراد تحت تکفل جهت قرار داد تکمیل درمان سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۱

کد ملی: -	کد نمایندگی: -	نام و نام خانوادگی نماینده:	نام پدر:	تاریخ تولد: / /
شماره شناسنامه:	جنسیت:	وضعیت تاهل:	تاریخ اخذ نمایندگی:	
بیمه پایه:	شماره دفترچه:			

نام بانک نماینده:	شماره حساب:	شماره همراه:
شماره شبا: IR _____		

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت	تکفل	تاهل	بیمه پایه	شماره دفترچه
				/ /							
				/ /							
				/ /							
				/ /							
				/ /							

نام و نام خانوادگی نماینده: با کد: نام و کد شعبه مافوق: درخواست ثبت نام افراد فوق الذکر را با کسر حق بیمه متعلقه از کارمزد این نمایندگی دارم.

امضا و مهر نمایندگی:

مدراک لازم پیوست شده:

<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه نماینده	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه همسر	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه فرزندان	<input type="checkbox"/> مدارک بیمه گر پایه (دفترچه یا ...)
<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی نماینده	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی همسر	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی فرزندان	
<input type="checkbox"/> گواهی اشتغال به تحصیل پسر ۲۰ سال به بالا	<input type="checkbox"/> تأییدیه عدم اشتغال به کار دختران بالای ۲۰ سال از تأمین اجتماعی		



بسمه تعالی

انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران استان فارس

فرم اطلاعات والدین نمایندگان جهت قرارداد تکمیل درمان سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲

کد ملی: -	کد نمایندگی: -	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:	نام پدر:	تاریخ تولد: / /
شماره شناسنامه:	جنسیت:	وضعیت تاهل:	تاریخ اخذ نمایندگی:	
بیمه پایه:	شماره دفترچه:			

نام بانک:	شماره حساب نماینده:	شماره همراه:
شماره شبای (نماینده):	IR _____	

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت	تکفل	تاهل	بیمه پایه	شماره دفترچه
۱	پدر			/ /							
۲	مادر			/ /							

نام و نام خانوادگی نمایندگی: با کد: نام و کد شعبه مافوق: درخواست ثبت نام افراد فوق الذکر را با کسر حق بیمه متعلقه از کارمزد این نمایندگی دارم.

امضا و مهر نمایندگی:

مدراک لازم پیوست شده:

<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه پدر	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه مادر	<input type="checkbox"/> مدارک بیمه گر پایه پدر (دفترچه یا)
<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی پدر	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی مادر	<input type="checkbox"/> مدارک بیمه گر پایه مادر (دفترچه یا)



بسمه تعالی

انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران استان فارس

فرم اطلاعات **کارمندان و افراد تحت تکفل** جهت قرار داد تکمیل درمان سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱

کد ملی: -	نام و نام خانوادگی کارمند دفتری:	نام پدر:	تاریخ تولد: / /
شماره شناسنامه:	جنسیت:	وضعیت تاهل:	تاریخ استخدام:
بیمه پایه:	شماره دفترچه:	تاریخ شروع بکار طبق سنهاب:	/ /

نام بانک کارمند:	شماره حساب کارمند:	شماره همراه:
شماره شبای کارمند: IR _____		

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت	تکفل	تاهل	بیمه پایه	شماره دفترچه
				/ /							
				/ /							
				/ /							
				/ /							
				/ /							

نام و نام خانوادگی نمایندگی: با کد: نام و کد شعبه مافوق: درخواست ثبت نام افراد فوق الذکر را با کسر حق بیمه متعلقه از کارمزد این نمایندگی دارم.

امضا و مهر نمایندگی:

مدراک لازم پیوست شده:

<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه کارمند	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه همسر	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه فرزندان	<input type="checkbox"/> مدارک بیمه گر پایه از طرف دفتر نمایندگی
<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی کارمند	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی همسر	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی فرزندان	
<input type="checkbox"/> گواهی اشتغال به تحصیل پسر ۲۰ سال به بالا	<input type="checkbox"/> تأییدیه عدم اشتغال به کار دختران بالای ۲۰ سال از تأمین اجتماعی		



فرم اطلاعات والدین کارکنان جهت فرار داد تکمیل درمان سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱

کد ملی: -	کد نمایندگی: -	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (کارمند):	نام پدر:	تاریخ تولد: / /
شماره شناسنامه:	جنسیت:	وضعیت تاهل:	تاریخ استخدام:	
بیمه پایه:	شماره دفترچه:			

نام بانک کارمند:	شماره حساب کارمند:	شماره همراه:
شماره شبا کارمند:	IR _____	

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت	تکفل	تاهل	بیمه پایه	شماره دفترچه
۱	پدر			/ /							
۲	مادر			/ /							

نام و نام خانوادگی نمایندگی: با کد: نام و کد شعبه مافوق: درخواست ثبت نام افراد فوق الذکر را با کسر حق بیمه متعلقه از کارمزد این نمایندگی دارم.

امضا و مهر نمایندگی:

مدراک لازم پیوست شده:

<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه پدر	<input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه مادر	<input type="checkbox"/> مدارک بیمه گر پایه پدر (دفترچه یا ...)
<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی پدر	<input type="checkbox"/> کپی کارت ملی مادر	<input type="checkbox"/> مدارک بیمه گر پایه مادر (دفترچه یا ...)