بسمه تعالی

 انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران استان فارس

فرم اطلاعات نمایندگان ( حقوقی ) و افراد تحت تکفل جهت قرار داد تکمیل درمان سال 1402 - 1401

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: ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــ ــــــ ـــــ ـــــــ 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 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه نماینده** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه همسر** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه فرزندان** | **🗌 مدارک بیمه گر پایه ( دفترچه یا ....)** |
| **🗌 کپی کارت ملی نماینده** | **🗌 کپی کارت ملی همسر** | **🗌 کپی کارت ملی فرزندان** |  |
| **🗌 گواهی اشتغال به تحصیل پسر 20 سال به بالا** | **🗌 تائیدیه عدم اشتغال به کار دختران بالای 20 سال از تامین اجتماعی** | |  |

بسمه تعالی

 انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران استان فارس

فرم اطلاعات نمایندگان ( حقیقی ) و افراد تحت تکفل جهت قرار داد تکمیل درمان سال 1402 - 1401

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: ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــ ــــــ ـــــ ـــــــ 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 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه نماینده** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه همسر** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه فرزندان** | **🗌 مدارک بیمه گر پایه ( دفترچه یا ....)** |
| **🗌 کپی کارت ملی نماینده** | **🗌 کپی کارت ملی همسر** | **🗌 کپی کارت ملی فرزندان** |  |
| **🗌 گواهی اشتغال به تحصیل پسر 20 سال به بالا** | **🗌 تائیدیه عدم اشتغال به کار دختران بالای 20 سال از تامین اجتماعی** | |  |

بسمه تعالی

 انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران استان فارس

فرم اطلاعات نمایندگان ( عمر ) و افراد تحت تکفل جهت قرار داد تکمیل درمان سال 1402 - 1401

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: ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــ ــــــ ـــــ ـــــــ 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 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه نماینده** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه همسر** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه فرزندان** | **🗌 مدارک بیمه گر پایه ( دفترچه یا ....)** |
| **🗌 کپی کارت ملی نماینده** | **🗌 کپی کارت ملی همسر** | **🗌 کپی کارت ملی فرزندان** |  |
| **🗌 گواهی اشتغال به تحصیل پسر 20 سال به بالا** | **🗌 تائیدیه عدم اشتغال به کار دختران بالای 20 سال از تامین اجتماعی** | |  |

بسمه تعالی

انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران استان فارس

فرم اطلاعات والدین نمایندگان جهت قرارداد تکمیل درمان سال 1402-1401

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 شبا ( نماینده): ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــ ــــــ ـــــ ـــــــ IR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نسبت** | **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد** | **شماره شناسنامه** | **کد ملی** | **جنسیت** | **تکفل** | **تاهل** | **بیمه پایه** | **شماره دفترچه** |
| **1** | **پدر** |  |  | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **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 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه پدر** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه مادر** | **🗌 مدارک بیمه گر پایه پدر ( دفترچه یا ....)** |
| **🗌 کپی کارت ملی پدر** | **🗌 کپی کارت ملی مادر** | **🗌 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 1402 -1401

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: ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ 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 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه کارمند** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه همسر** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه فرزندان** | **🗌 مدارک بیمه گر پایه از طرف دفتر نمایندگی** |
| **🗌 کپی کارت ملی کارمند** | **🗌 کپی کارت ملی همسر** | **🗌 کپی کارت ملی فرزندان** |  |
| **🗌 گواهی اشتغال به تحصیل پسر 20 سال به بالا** | **🗌 تائیدیه عدم اشتغال به کار دختران بالای 20 سال از تامین اجتماعی** | |  |

بسمه تعالی

انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران استان فارس

فرم اطلاعات والدین کارکنان جهت قرار داد تکمیل درمان سال 1402-1401

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 : ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ــــــ ـــــــ ـــــــ ـــــــ ــــــ ـــــ ــــــ ـــــ ـــــــ IR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نسبت** | **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد** | **شماره شناسنامه** | **کد ملی** | **جنسیت** | **تکفل** | **تاهل** | **بیمه پایه** | **شماره دفترچه** |
| **1** | **پدر** |  |  | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **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 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه پدر** | **🗌 کپی تمام صفحات شناسنامه مادر** | **🗌 مدارک بیمه گر پایه پدر ( دفترچه یا ....)** |
| **🗌 کپی کارت ملی پدر** | **🗌 کپی کارت ملی مادر** | **🗌 مدارک بیمه گر پایه مادر ( دفترچه یا ....)** |