



شماره: .....  
تاریخ: .....

**پرسشنامه اولیه نامنویسی**  
**فرم جمع آوری اطلاعات کلی بیمه شده**

**فرم شماره یک**

**الف\_ نوع بیمه شده:**



اصلی  ..... شماره بیمه، بیمه شده اصلی:   
تبعی  ..... نام بیمه شده اصلی:

**ب\_ مشخصات هویتی اصلی/تبعی:**

۱. نام:   
۲. نام خانوادگی:   
۳. نام پدر:  ملیت:  جنسیت:  زن  مرد  
۴.  سال  ماه  روز  
۵. تاریخ تولد: / /  شماره شناسنامه/گذرنامه:   
۶.  سریال  حرف  سری  حرف  
۷. شماره ملی:  سریال شناسنامه:  حرف  سری  حرف  
۸. 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. کد پستی 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  بیمار خاص  از کار افتادگی  پورسانتازی  اتباع خارجی  کارگر فصلی  سایر

**اثر انگشت:**

**زبان و گویش:**

۲۶. زبان یا گویشی که توانایی 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\_ در خواست نامنویسی (بیمه شده اصلی):**

۲۹. اینجانب ..... در تاریخ ..... به شعبه ..... مراجعه نموده و صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.  
نام و نام خانوادگی:   
محل امضاء:

