



پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان

عکس

 نوع مخاطب: بیمه شده اصلی بیمه شده تبعی کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:		نام پدر:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
مذهب:	دین:	ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	نام پدر:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
وضعیت تاهل:	نسبت:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	شماره ملی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره شناسنامه / گذرنامه:		شماره ملی:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
وضعیت: <input type="checkbox"/> انجام خدمت <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت	سری و سریال شناسنامه:	تاریخ تولد: روز	ماه
<input type="text"/>	<input type="text"/>	سال	<input type="text"/>
گروه خونی:	بخش صدور:	محل صدور:	شهر محل تولد:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

نشانی محل سکونت مخاطب

استان:	شهر:	کد پستی:	تاریخ شروع سکونت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	۱ / /
نشانی:			
کد شهر:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	رشته تحصیلی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

اطلاعات آشنایان مخاطب

آشنای اول	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
آشنای دوم	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	

اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب:	شماره حساب:	نوع حساب:
۱ / /	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

تأییدیه کارفرما

این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود.	تاریخ استخدام بیمه شده: / / ۱	شغل:	معاینات قبل از استخدام: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسه حقوقی کارگاه:
	نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:
	نشانی کارگاه:		
	محل امضاء کارفرما	محل درج مهر کارگاه	

اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

شماره مجوز:	تاریخ مجوز:	شروع دوره:	خاتمه دوره:
-------------	-------------	------------	-------------

اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص:	تالاسمی <input type="checkbox"/>	هموفیلی <input type="checkbox"/>	کلیوی <input type="checkbox"/>	تاریخ شروع بیماری خاص: / / ۱
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی/تبعی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	لغایت تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
...									

تأییدیه مخاطب

محل امضاء	محل درج اثر انگشت	اینجانب در تاریخ / / ۱ به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.
-----------	-------------------	--

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تأییدیه مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود.	نوع شناسائی:	کارفرما <input type="checkbox"/>	بازرسی <input type="checkbox"/>	عقد قرارداد <input type="checkbox"/>										
	نوع ارتباط:	بیمه پرداز <input type="checkbox"/>	دریافت کننده خدمت <input type="checkbox"/>	تحت پوشش بیمه شده اصلی <input type="checkbox"/>										
	نوع بیمه:	نوع خدمت:	گرایش بیمه / خدمت:											
	درخواست نامنویسی آقای / خانم با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / ۱ شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.													
	مهر و امضاء	مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی												
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>													

