تاریخ : ... / ... / ...

**فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان انفرادی و خانوادگی**

ج م/11/1398

بیمه گذار محترم خواهشمند است در کمال دقت و صداقت به کلیه پرسش های این فرم پاسخ دهید زیرا صحت ، شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه نامه می باشد

**مشخصات بیمه گذار**

نام و نام خانوادگی : ................................ تاریخ تولد: ................................... کد ملی : ............................................

شماره شناسنامه : ........................................ جنسیت : ..................... قد : .................. وزن : ....................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | کد ملی | نسبت | جنسیت |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

نشانی : ......................................................................................................................................................................

شماره موبایل : ................................................. شماره ثابت : .......................................................

 شماره حساب : ...................................... شماره شبا ....................................................................... نام بانک ................

**افراد تحت تکفل**

 بیمه پایه : ....................................... طرح انتخابی : ......................................

* آیا در یک ماه گذشته بیمه تکملیی داشته اید و اگر پاسخ مثبت است نام شرکت بیمه ای چیست : ..........................................
* درمورد سلامتی خود و افرادی که می خواهند بیمه شوند توضیحاتی مثل سابقه بیماری فشار خون ، قند و بیماری که هر فرد امکان دارد با آن درگیر باشد را اعلام بفرمایید

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

امضا بیمه گذار