



سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان

بیمه نامه

صدور اولیه / تمدید دفترچه کارکنان دولت

کد مدرک: 08 FM 01 00
تاریخ:
شماره:

(۱) مشخصات فرد اصلی:

در این قسمت چیزی ننویسید.

کد بیمه درمانی سرپرست: _____

نام موسسه بیمه گزار: _____ محل خدمت: _____ تاریخ استخدام: _____ / _____ / _____ شماره مستخدم: _____

وضعیت کارمند: ۱ - شاغل ۲ - بازنشسته ۳ - مستمری بگیر ۴ - وکیل بگیر وضعیت پرداخت حق بیمه عادی خود کفا شماره مستخدم: _____

نام: _____ نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____

تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ جنسیت: مذکر مؤنث وضعیت تاهل: مجرد متأهل تاریخ ازدواج: _____

شماره ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ شماره سری / سریال شناسنامه: _____ / _____ محل صدور: _____

بیماری خاص: _____

محل سکونت: استان _____ شهرستان _____ بخش _____ شهر / روستا _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک _____ کدپستی _____ تلفن _____

محل کار: استان _____ شهرستان _____ بخش _____ شهر / روستا _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک _____ کدپستی _____ تلفن _____

(۲) مشخصات افراد تبعی:

ردیف	نام	نام خانوادگی	نوع وابستگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	شماره ملی	شماره سری / سریال شناسنامه	محل صدور	بیماری خاص	تاریخ طلاق
۱					/ /							
۲					/ /							
۳					/ /							
۴					/ /							
۵					/ /							

(۳)

۱ - الف) یا اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه خدمات درمانی در نظر این بیمه نامه، صحت اطلاعات تکمیل شده را تأیید می نماید. نام و نام خانوادگی سرپرست	تاریخ و امضاء	۲ - ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. کارگزی محل خدمت	تاریخ و امضاء	۳ - ج) کسب حق بیمه درمان برپایه ضوابط مندرج در ظهر بیمه نامه جاری نمیشود. واحد امور مالی محل خدمت	تاریخ و امضاء	۴ - د) ثبت اطلاعات در رایانه پلا مانع میباشد. واحد درآمد	تاریخ و امضاء	۵ - ه) در رایانه ثبت شد. واحد بیمه گری	تاریخ و امضاء
---	---------------	---	---------------	---	---------------	--	---------------	--	---------------

این فرم در دو نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارند.