



کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان گیلان

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی گروهی در سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

متقاضی اصلی									
نام و نام خانوادگی:		شماره ملی		تاریخ تولد		شماره بیمه پایه		نوع بیمه پایه	
نام پدر:		شماره شناسنامه:							
شماره حساب:		نام و کد بانک:		نوع حساب بانکی:		نام صاحب حساب:			
شماره شب:		IR							
وضعیت تأهل:		نوع بیمه تکمیلی در سال ۱۴۰۵ :							
نام و نام خانوادگی افراد تحت تکفل									
ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	شماره بیمه	نوع بیمه	نسبت با متقاضی اصلی	
۱.									
۲.									
۳.									
۴.									
۵.									

امضا و تاریخ