



کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان گیلان

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی گروهی در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵

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 ۱۴۰۴ :						
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