بسمه تعالی

**کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان گیلان**

**فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی گروهی در سال 1405-1404**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **متقاضی اصلی** | | | | | | | | | | | | **فرم 36 اتوماسیون– اداری- فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی گروهی - نسخه 3/1** |
| 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 شبا: | | **IR** | | | | | | | | | |
| وضعیت تأهل: | | نوع بیمه تکمیلی در سال 1404 : | | | | | | | | | |
| **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 |
|  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |

**امضا و تاریخ**