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**