



فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی گروهی آموزشگاه های آزاد فنی و حرفه ای



سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور

| | | | |
|----------------|------------|------|----------|
| تاریخ ثبت نام: | نام استان: | شهر: | شهرستان: |
|----------------|------------|------|----------|

| | | | |
|----------------------|---------------------|----------------|-----------------|
| مشخصات بیمه شده اصلی | نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | شماره شناسنامه: |
| | وضعیت تاهل: | تعداد فرزندان: | تحصیلات: |
| | موسس: | مربی: | پرسنل: |
| | آدرس محل کار: | کد پستی: | |
| | تلفن منزل: | تلفن همراه: | تلفن محل کار: |
| | تلفن ضروری: | | |

| جنسیت | نسبت با بیمه شده اصلی | تاریخ تولد | کد ملی | | نام پدر | نام و نام خانوادگی |
|-------|-----------------------|------------|----------------|----------------|---------|--------------------|
| | | | شماره شناسنامه | شماره شناسنامه | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | |
|---------------------|---|
| نام بانک: | حساب بانکی فقط متعلق به بیمه شده اصلی باشد. |
| شماره شبا (۲۶ رقم): | |

| | | |
|------------|---|---------------------------------|
| سابقه بیمه | بیمه پایه: <input type="radio"/> تامین اجتماعی: <input type="radio"/> بیمه سلامت: <input type="radio"/> نیروهای مسلح: <input type="radio"/> سایر: <input type="radio"/> فاقد بیمه پایه: <input type="radio"/> | بیمه تکمیلی: شرکت بیمه تجارت نو |
|------------|---|---------------------------------|

خواهشمند است نسبت به ارسال فرم های ثبت نام در پیام رسان ای تا ، واتساپ به شماره ۰۹۲۰۳۸۳۲۲۹۸ و یا به آدرس پست الکترونیک BIMEGARDAN@GMAIL.COM اقدام فرمایید.

خواهشمند است جهت سهولت در اطلاع رسانی موارد بیمه ای نسبت به عضویت در شبکه های اجتماعی زیر اقدام فرمایید:
 کانال ای تا: @bimegardan اینستاگرام: @bime.gardan