

## همکار گرامی

با سلام

جهت برقراری بیمه درمان تکمیلی با مشخصات مندرج در سایت کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان گیلان حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۲/۵/۱۴ در صوت تمایل فرم زیر را به دقت تکمیل نمایید.

نام و نام خانوادگی:	
نام پدر:	تاریخ تولد: / /
کد ملی:	شماره شناسنامه:
جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل
تلفن تماس:	نسبت با بیمه شده اصلی:
نوع بیمه پایه:	شماره بیمه:
وضعیت تکفل:	کد ملی بیمه شده اصلی:
کد بانک:	شماره حساب:
شماره شب:	IR
نوع حساب:	نام و نام خانوادگی صاحب حساب:
مدت پوشش بیمه تکمیلی قبلی: ( ..... ماه )	

لازم به ذکر است برای بیمه شدگان ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۰ درصد حق بیمه پایه و برای بیمه شدگان بالای ۷۰ سال تمام ۱۰۰ درصد حق بیمه پایه اعلام شده به عنوان حق بیمه منظور می گردد.

نام و نام خانوادگی

امضا