



## کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان گیلان

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی گروهی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴

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 شبای:	IR					
وضعیت تأهل:	نوع بیمه تکمیلی در سال ۱۴۰۲:					
نام و نام خانوادگی افراد تحت تکفل						
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	شماره بیمه	نوع بیمه	نسبت با متقاضی اصلی
.۱						
.۲						
.۳						
.۴						
.۵						

امضا و تاریخ