

پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان



سازمان تامین اجتماعی

☐ کارفرمای حقیقی

☐ بیمه شده تبعی

☐ بیمه شده اصلی

نوع مخاطب:

اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:										نام:									
ملیت:					ایرانی ☐ غیرایرانی ☐					دین:					مذهب:				
جنسیت:					مرد ☐ زن ☐					نسبت:					وضعیت تأهل				
شماره شناسنامه / گذرنامه:										شماره ملی:									
سری و سریال شناسنامه:										تاریخ تولد:									
انجام وظیفه ☐ معاف ☐ عدم انجام خدمت ☐ وضعیت نظام وظیفه:										سال ماه روز ۱									
گروه خونی:										کشور محل تولد:									
بخش صدور:										شهر محل تولد:									
محل صدور:										کشور محل تولد:									

نشانی محل سکونت مخاطب

کشور محل تولد:	شهر محل تولد:	کد پستی:	تاریخ شروع سکونت: / / ۱															
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
نشانی:																		
کد شهر:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:															

اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	رشته تحصیلی:
--------------------	---------------	--------------

اطلاعات آشنایان مخاطب

اشنای اول	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
اشنای دوم	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	

اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب:	شماره حساب:	نوع حساب:
		
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:

تائیدیه کارفرما

تاریخ استخدام بیمه: / / ۱	شغل:	معاینات قبل از استخدام: ☐ دارد ☐ ندارد
نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسه حقوقی کارگاه:
نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:
نشانی کارگاه:		
محل امضاء کارفرما		محل درج مهر کارگاه

این بست توسط کارفرما تکمیل شود

اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

شماره مجوز:	تاریخ مجوز:	شروع دوره:	خاتمه دوره:
-------------	-------------	------------	-------------

اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص: ☐ تالاسمی ☐ هموفیلی ☐ کلیوی	تاریخ شروع بیماری خاص:
--	------------------------

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه‌ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی / تبعی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	تا تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
—									

تائیدیه مخاطب

اینجانب در تاریخ	محل امضاء	محل درج اثر انگشت
و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تایید می‌نمایم.		

اطلاعات بیمه‌ای مخاطب و تائیدیه مسئول نامنویسی و حساب‌های انفرادی

نحوه شناسایی: ☐ کارفرما ☐ بازرسی ☐ عقد قرارداد	نوع ارتباط: ☐ بیمه پرداز ☐ دریافت کننده ☐ تحت پوشش شده اصلی ☐ بازمانده
نوع بیمه:	نوع خدمت:
درخواست نامنویسی آقای / خانم با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.	
مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حساب‌های انفرادی	

این بست توسط مسئول نامنویسی تکمیل شود