

عکس

## پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان



سازمان تامین اجتماعی

 نوع مخاطب:  بیمه شده اصلی  بیمه شده تبعی  کارفرمای حقیقی

## اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:		نام پدر:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ملیت:	<input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	دین:	مذهب:
جنسیت:	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	نسبت:	وضعیت تأهل
شماره شناسنامه / گذرنامه:		شماره ملی:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
سری و سریال شناسنامه:		روز	ماه
<input type="text"/>		سال	تاریخ تولد:
وضعیت		سری و سریال شناسنامه:	
<input type="checkbox"/> انجام وظیفه <input type="checkbox"/> معاف <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت		<input type="text"/>	
گروه خونی:	بخش صدور:	محل صدور:	شهر محل تولد:
کشور محل تولد:			

## نشانی محل سکونت مخاطب

کشور محل تولد:	شهر محل تولد:	کد پستی:	تاریخ شروع سکونت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	۱ / /
نشانی:			
کد شهر:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	رشته تحصیلی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## اطلاعات آشنایان مخاطب

نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	

## اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب:	شماره حساب:	نوع حساب:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### تائیدیه کارفرما

این لیست توسط کارفرما تکمیل شود

تاریخ استخدام بیمه: / / ۱	شغل:	معاینات قبل از استخدام: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسه حقوقی کارگاه:
نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:
نشانی کارگاه:		
محل امضاء کارفرما	محل درج مهر کارگاه	

### اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

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

### اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص: <input type="checkbox"/> تالاسمی	<input type="checkbox"/> هموفیلی	<input type="checkbox"/> 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

محل درج اثر انگشت	محل امضاء	اینجانب ..... در تاریخ ..... / / ۱ به شعبه ..... مراجعه نموده 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:	<input type="checkbox"/> کارفرما	<input type="checkbox"/> بازرسی	<input type="checkbox"/> عقد قرارداد																				
نوع ارتباط:	<input type="checkbox"/> بیمه پرداز	<input type="checkbox"/> دریافت کننده	<input type="checkbox"/> تحت پوشش شده اصلی																				
نوع بیمه:	نوع خدمت:	گرایش بیمه / خدمت:																					
درخواست نامنویسی آقای / خانم ..... با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / ۱ شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.																							
مهر و امضاء		مسئول نامنویسی و حساب‌های انفرادی																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

این لیست توسط کارفرما تکمیل شود