

فقط برای بیمه شدگان اصلی تکمیل گردد

ز. مشخصات کارگاه محل اشتغال (بیمه شدگان عادی):

۳۱. شماره کارگاه / بیمان:

۳۲. نام کارگاه / بیمان:

۳۳. نام کارفرما: ۳۴. نشانی کارگاه:

۳۵. تلفن: ۳۶. تاریخ استخدام: روز / ماه / سال

۳۷. شغل بیمه شده: ۳۸. معاینات قبل از استخدام: دارد ندارد ۳۹. محل مهر و اعضای کارفرما:

ح- وضعیت بیمه پردازی (بیمه شده خاص):

۴۰. نوع بیمه ۴۱. تاریخ شروع قرارداد: روز / ماه / سال

ط- نحوه شناسایی:

۴۲. کارفرما لیست بازرسی معرفی نامه گروه های خاص ۴۳. تاریخ شروع: روز / ماه / سال

این قسمت توسط واحد های اجرایی تکمیل میگردد

ی - تخصیص شماره بیمه:

در تاریخ / / به نامبرده به اعتبار اشتغال در کارگاه به شماره قرارداد بیمه شدگان خاص شماره شناسائی تخصیص داده شد.

مهر و امضاء مسئول فناوری و حسابهای انفرادی



سازمان تامین اجتماعی

پرسشنامه اولیه نامنویسی

فرم جمع آوری اطلاعات کلی بیمه شده

شماره :

تاریخ :

فرم شماره یک :

الف - نوع بیمه شده :

اصلی

تبعی : نسبت : شماره بیمه ، بیمه شده اصلی : □□□□□□□□□□ نام بیمه شده اصلی :

ب- مشخصات هویتی اصلی / تبعی :

۱. نام : □□□□□□□□□□□□□□□□□□

۲. نام خانوادگی : □□□□□□□□□□□□□□□□□□

۳. نام پدر : □□□□□□□□□□□□□□□□□□ جنسیت : مرد زن

۴. ملیت : □□□□□□□□□□□□□□□□□□

۵. جنسیت : مرد زن

۶. تاریخ تولد : □□□□/□□□□/□□□□ روز / ماه / سال

۷. شماره شناسنامه / گذر نامه : □□□□□□□□□□□□□□□□□□

۸. شماره ملی : □□□□□□□□□□□□□□□□□□ سریال

۹. سریال شناسنامه : □□□□□□□□□□□□□□□□□□ سری

۱۰. محل صدور : □□□□□□□□□□□□□□□□□□ حرف

۱۱. بخش صدور : □□□□□□□□□□□□□□□□□□

۱۲. کشور محل تولد : □□□□□□□□□□□□□□□□□□

۱۳. شهر محل تولد :

ج: اطلاعات تکمیلی :

۱۴. تحصیلات :

۱۵. رشته تحصیلی :

۱۶. نشانی محل سکونت :

۱۷. کد پستی ۱۰ رقمی : □□□□□□□□□□

۱۸. تلفن منزل :

۱۹. کد شهر :

۲۰. تلفن همراه : □□□□□□□□□□

۲۱. نشانی الکترونیکی :

۲۲. شماره حساب بانکی :

۲۳. نام بانک :

۲۴. شعبه بانک :

۲۵. کد بانک :

۲۶. شرایط خاص : جانبازی بیمار خاص از کار افتادی پور سانشازی اتباع خارجی کارگر فصلی سایر

اثر انگشت :

د- زبان و گویش :

۲۷. زبان یا گویشی که توانایی صحبت کردن با آن را دارید : (چند مورد را می توانید مشخص نمایید)
فارسی آذری کردی تالشی گیلکی لری بلوچی ترکمنی انگلیسی عربی سایر نام ببرید

ه- مشخصات دو نفر از آشنایان که در مواقع اضطراری بتوان با آنها تماس گرفت :

۲۸. نام خانوادگی : شماره تلفن : کد شهر : تلفن همراه :

نشانی محل سکونت :

۲۹. نام خانوادگی : شماره تلفن : کد شهر : تلفن همراه :

نشانی محل سکونت :

و- درخواست نام نویسی (بیمه شده اصلی) :

۳۰. اینجانب در تاریخ به شعبه مراجعه نموده و صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم

نام و نام خانوادگی :

محل امضاء: