



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان

عکس

نوع مخاطب:  بیمه شده اصلی  بیمه شده تبعی  کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

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

آشنای اول	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
آشنای دوم	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"/>

### تأییدیه کارفرما

این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود

تاریخ استخدام بیمه: / /	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									
-									

### تأییدیه مخاطب

محل درج اثر انگشت	محل امضاء	اینجانب ..... در تاریخ / / ۱ به شعبه ..... مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تأمین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تأیید می‌نمایم
----------------------	-----------	--

### اطلاعات بیمه‌ای مخاطب و تأییدیه مسئول نامنویسی و حساب‌های انفرادی

نحوه شناسایی: <input type="checkbox"/> کارفرما <input type="checkbox"/> بازرسی <input type="checkbox"/> عقد ارتباط	نوع ارتباط: <input type="checkbox"/> بیمه پرداز <input type="checkbox"/> دریافت کننده <input type="checkbox"/> تحت پوشش شده اصلی: <input type="checkbox"/> بازمانده										
نوع بیمه: <input type="checkbox"/> گرایش بیمه / خدمت:	نوع خدمت:										
مهر و امضاء مسئول نامنویسی و حساب‌های انفرادی	درخواست نامنویسی آقای / خانم ..... با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / ۱ شماره تأمین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود