

مکس

فرم ج

پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان



سازمان آمار و اطلاعات

نوع مخاطب: بیمه شده اصلی بیمه شده تبعی کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

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

نشانی محل سکونت مخاطب

استان:	شهر:	کد پستی:	تاریخ شروع سکونت: / /
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
کدشهر:	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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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"/>

تاییدیه کارفرما																			
تاریخ استخدام بیمه شده		شماره ملی کارفرما		شماره حقوقی کارگاه		معاينات قبل از استخدام <input type="checkbox"/> اداره <input checked="" type="checkbox"/> ندارد													
نام کارگاه		شماره کارگاه		تلفن کارگاه		شماره کارفرما													
نشانی کارگاه		شماره کارگاه: ۵۴۱۸۲۱۰۰۷۲۵		تلفن کارگاه: ۳۱۳۲۱۷۴۱-۲		نام کارگاه: آراژ اسلام آباد													
محل امضاء کارفرما		محل ترحم 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: / /											
اطلاعات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود																			
ردیف	نوع مخاطب (اصلی/غیر)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان										
					از تاریخ	تا تاریخ													
۱																			
۲																			
۳																			
۴																			
۵																			
...																			
تاییدیه مخاطب																			
اینجانب در تاریخ		محل امضاء		محل فرج اثر انگشت															
اطلاعات بیمه ای مخاطب و تاییدیه 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 خدمت		<input type="checkbox"/> تحت پوشش بیمه شده اصلی		<input type="checkbox"/> بازمانده											
نوع بیمه:		نوع خدمت:		گرایش بیمه / خدمت:															
مهر و امضاء		مستول نامنویسی و حسابهای انفرادی		درخواست نامنویسی آقای / خانم _____ با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / شماره تأمین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.															
<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> </tr> </table>																			

این سند توسط شعبه تکمیل شود.