شماره : ....

تاریخ : ....

سازمان تامین اجتماعی

پرسشنامه اولیه نامنویسی

فرم جمع آوری اطلاعات کلی بیمه شده

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 : .... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۴. ملیت : .... ۵. جنسیت : ○ مرد ○ زن

۶. تاریخ تولد : روز ☐☐ / ماه ☐☐ / سال ☐☐☐☐ ۷. شماره شناسنامه / گذرنامه : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

۸. شماره ملی : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۹. سریال شناسنامه : سریال ☐☐☐☐☐☐ سری ☐☐ / حرف ☐

۱۰. محل صدور : .... 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 افتادگی ☐ پورسانتاژی ☐ اتباع خارجی ☐ کارگر فصلی ☐ سایر ☐

اثر انگشت :

د - زبان و گویش :

۲۷. زبان یا گویشی که توانائی صحبت کردن با آن را دارید : (چند مورد را می توانید مشخص نمائید)

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

نشانی محل سکونت : ....

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

نشانی محل سکونت : ....

و - درخواست نامنویسی (بیمه شده اصلی) :

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

نام و نام خانوادگی :

محل امضاء :

فقط برای بیمه شدگان اصلی تکمیل گردد

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

۳۱. شماره کارگاه / پیمان : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ۳۲. نام کارگاه / پیمان : ....

۳۳. نام کارفرما : .... ۳۴. نشانی کارگاه : ....

روز ماه سال

۳۵. تلفن : .... ۳۶. تاریخ استخدام : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

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

ح - وضعیت بیمه پردازی (بیمه شده خاص) :

۴۰ . نوع بیمه : ☐ ۴۱. تاریخ شروع قرارداد ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

ط - نحوه شناسائی :

۴۲. کارفرما ○ لیست ○ بازرسی ○ معرفی نامه گروه های خاص ○ ۴۳. تاریخ شروع ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

این قسمت توسط واحد های اجرائی تکمیل می گردد.

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 نامنویسی و حسابهای انفرادی