



سازمان تامین اجتماعی

پریشنامه 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: .....  
 ۴. ملیت: .....  
 ۵. جنسیت:  مرد  زن  
 ۶. تاریخ تولد: ..... / ..... / .....  
 ۷. شماره شناسنامه / گذرنامه: .....  
 ۸. شماره ملی: .....  
 ۹. سریال شناسنامه: .....  
 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 کارافتادگی  پورسانتازی  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 می‌توانید مشخص نمایند)  
 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 تأیید می‌نمایم.  
 نام و نام خانوادگی: .....  
 محل امضاء: .....

