

فرم ثبت نام طرح تامین وکلای دادگستری

مشخصات پیمہ شدہ اصلی (سرپرست خانوار)

نام خانوادگی: کد ملی:
نام پدر: تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: شماره تلفن ثابت:
شماره پروانه وکالت: شماره تلفن همراه:
آدرس محل سکونت:
کد پستی:
طرح انتخابی: طرح: ۱ ☐ طرح: ۲ ☐

آیا تحت پوشش بیمه پایه می باشید؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه گر پایه را ذکر فرمائید.....

آیا سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده اید؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه گر را ذکر فرمائید.....

سوانحی رسمہ ای

نام بانک: (لطفا شماره ۲۴ رقمی شبا حساب بیمه شده اصلی را صحیح و با دقت مرقوم فرمایید)

..... شماره حساب:

I	R		شماره شب: (بیمه شده اصل)
---	---	--	------------------------------------

اصلاحات حساب خانگی

مشخصات افراد تحت تکفل

نسبت	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	جنسیت
همسر							
فرزندان							
پدر							
مادر							

پوشش‌های بیمه‌ای طرح تامین وکلا

بیمه درمان تکمیلی + بیمه عمر و زندگی (تا ۶۵ سال) + بیمه عمر (تا ۷۰ سال) و حوادث (تا ۷۵ سال)

اینجانب عضو صندوق حمایت وکلا و کارگشایان دادگستری، به عنوان بیمه شده اصلی به همراه افراد تحت تکفل به شرح فوق الذکر با تکمیل این فرم که به منزله فرم پیشنهاد بیمه می باشد صحت تمامی موارد فوق الذکر را اعلام می دارم و با اطلاع کامل از شرایط، حق بیمه ها و پوشش های بیمه نامه های طرح تامین وکلا، متقاضی ثبت نام در این طرح می باشم.

نام و نام خانوادگی / تاریخ / امضاء