

پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان



کس

نوع مخاطب: ☐ پسته شده اصلی ☐ پسته شده تبعی ☐ کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

|                                                                                                                 |                       |                      |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| نام خانوادگی:                                                                                                   |                       | نام پدر:             |                                                                     |
| <input type="text"/>                                                                                            |                       | <input type="text"/> |                                                                     |
| مذهب:                                                                                                           | دین:                  | ملیت:                | ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> |
| وضعیت تاهل:                                                                                                     | نسبت:                 | جنسیت:               | مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>            |
| شماره شناسنامه / گذرنامه:                                                                                       |                       | شماره ملی:           |                                                                     |
| <input type="text"/>                                                                                            |                       | <input type="text"/> |                                                                     |
| وضعیت:                                                                                                          | سری و سریال شناسنامه: | تاریخ تولد:          |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> انجام خدمت<br><input type="checkbox"/> معاف<br><input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت | نظام<br>وظیفه:        | سال<br>ماه<br>روز    |                                                                     |
| گروه خونی:                                                                                                      | بخش صدور:             | محل صدور:            | شهر محل تولد:                                                       |
| کشور محل تولد:                                                                                                  |                       |                      |                                                                     |

نشانی محل سکونت مخاطب

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| استان:               | شهر:                 | 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: |
| آشنای دوم | نام:        | نام خانوادگی: | شماره ملی: | تلفن ثابت: |
| آشنای اول | تلفن همراه: | شماره بیمه:   | نشانی:     |            |
| آشنای دوم | تلفن همراه: | شماره بیمه:   | نشانی:     |            |

اطلاعات بانکی مخاطب

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| نام بانک:            | تاریخ افتتاح حساب:   | شماره حساب:          | نوع حساب:            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| نام شعبه:            | کد شعبه:             |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |

| نماینده کارفرما                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       | تاریخ استخدام بیمه شده:    /    / |            | 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:    /    /  |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| اطلاعات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ردیف                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | نوع مخاطب (اصلی/ثانی) | شماره بیمه مخاطب اصلی             | نام کارگاه | کد کارگاه           | دوره ارتباط        |                                                                                      | شغل               | شعبه | استان |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                   |            |                     | از تاریخ           | لغایت تاریخ                                                                          |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ۳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ۴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ۵                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نماینده مخاطب                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| اینجانب ..... در تاریخ    /    / به شعبه ..... مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تأمین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                   |            |                     | محل امضاء          |                                                                                      | محل درج اثر انگشت |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| اطلاعات بیمه ای مخاطب و نماینده 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:  |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 20%;">مهر و امضاء<br/>مسئول نامنویسی و حسابهای انفرادی</div> <div style="width: 80%; text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> </div> |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| این قسمت توسط شعبه تکمیل شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                   |            |                     |                    |                                                                                      |                   |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |