

بسمه تعالی



شماره :

تاریخ :

فرم خود اظهاری سلامت متقاضی بیمه در صندوق

صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

به کارگزاری تاریخ

اینجانب فرزند

متولد / / محل تولد

متقاضی بیمه در نزد آن صندوق، در حال حاضر فاقد بیماری خاص و حاد بوده و در صورت فوت ناشی از اینگونه بیماری‌ها و یا از کارافتادگی که سابقه علت آن به پیش از نامنویسی اینجانب در صندوق برگشت نماید. اینجانب و بازماندگان تحت تکفلم هیچگونه ادعایی نسبت به برخورداری از مزایای

صندوق نخواهیم داشت. ۱۱/۵/۲۱

در حضور اینجانب اظهار گردید

امضاء متقاضی

..... کارگزاری

اثر انگشت