

فرم اطلاعات بیمه تکمیلی

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	نسبت	شماره شناسنامه	شماره سریال شناسنامه	شماره ملی	محل تولد	نام پدر	شماره تلفن همراه
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										

IR

شماره شبای بانکی :

شماره مستخدمی:

تاریخ:

امضاء :

مدارک لازم متقاضی و افراد تحت پوشش:

- فتوکپی شناسنامه جهت نفقات بیمه شونده

- فتوکپی کارت ملی اعضا بیمه شونده