

بسمه تعالی

بیمه شده محترم :

جهت برخورداری از پوشش بیمه درمان تکمیلی اطلاعات ذیل را به دقت و بطور کامل تهیه و در اسرع وقت به نماینده شرکت تحویل نمایید. لازم به ذکر است اطلاعات مندرج مبنای صدور بیمه نامه می باشد و در صورت پر نکردن یا ناقص بودن اطلاعات عواقب آن بر عهده بیمه شده می باشد و شرکت هیچ گونه مسؤلیتی در این زمینه ندارد.

((توجه: کپی شناسنامه و کپی کارت ملی و کپی دفترچه بیمه نفر اصلی به همراه افراد تحت تکفل بیوست الزامی می باشد))

تذکره: طبق بند ۶ ماده ۴ قرارداد بیمه تکمیلی، حق بیمه افرادی که به هر دلیل از گروه بیمه شدگان حذف می گردند

لیکن در طول مدت اعتبار قرارداد هزینه ای دریافت نموده اند قابل برگشت نبوده و بیمه گذار موظف است حق بیمه را تا

پایان سال بیمه ای پرداخت نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره شناسنامه	کد ملی	محل تولد	نسبت
۱							اصلی
۲							همسر
۳							
۴							
۵							
۶							

کد پرسنلی :

امضاء و اثر انگشت

شرکت :

شماره همراه :