

اداره محترم کارگزینی و رفاه

سلام علیکم

احتراماً به این وسیله اینجانب متقاضی پوشش بیمه درمان تکمیلی خود و افراد تحت تکفل خود جمعاً به تعداد نفره شرح زیر می باشم . خواهشمنداست اقدام لازم معمول نمایید.

امضاء و تاریخ

نسبت با بیمه شده اصلی *	شماره ملی	تاریخ تولد روز ماه سال	شماره شناسنامه	نام پدر	نام خانوادگی	نام	

* اصلی (خود فرد) - همسر - فرزند - پدر - مادر