

فرم درخواست بیمه تکمیلی

مشخصات فردی سرپرست					
نام پدر:		نام خانوادگی:		نام:	
تاریخ تولد:		شماره شناسنامه:		کدملی:	
تلفن ثابت:			موبایل:		
آدرس ایمیل:		شهر و آدرس محل سکونت:			
کد پستی:					
مشخصات افراد تحت تکفل					
(در صورت داشتن افراد تحت تکفل قسمت زیر را پر کنید)					
نسبت	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کدملی	نام و نام خانوادگی	شماره
					1
					2
					3
					4
					5

اطلاعات حساب بانکی جهت واریز خسارت

(هر بانکی جز بانک آینده-این حساب الزاما به نام بیمه شده اصلی باشد)

شماره شبا	نام صاحب حساب	نام بانک

* آیا عضو انجمن می باشید: بله خیر

* آیا بیمه پایه دارید: بله خیر

* شماره بیمه پایه: (تامین اجتماعی-بیمه سلامت-بیمه خدمات درمانی):

* لطفا هنگام ارسال فرم، تصویر کارت ملی-تصویر شناسنامه بیمه شده اصلی و تحت تکفل و تصویر برگ اول

دفترچه بیمه، بیمه شده اصلی ضمیمه فرم پر شده گردد.