

پوشش بیمه صبر و حوادث و بیمه تکمیلی درمان خودش خانم / آقای همسر ، فرزند ، پدر و مادر تحت تکفل (یا غیر تحت تکفل)

ردیف	نوع عیالت		نسبت یا بیمه گذار	محل تولد	کد ملی	محل صدور	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	نام شعبه	کد نماینده	نام - نام خانوادگی	ردیف
	پدر	مادر												
۱														۱
۲														۲
۳														۳
۴														۴
۵														۵
۶														۶
۷														۷
۸														۸
۹														۹
۱۰														۱۰

تکمیل و ارائه مدارک زیر به پیوست فرم فوق الذاکر الزامی است :

تکمیل فرم مربوطه همراه عکس ، تصویر شناسنامه و کارت ملی خود و افراد متقاضی پوشش جهت پوشش دختران بالای ۱۸ سال ارائه و ارسال مدارک تجرد (تصویر برابر اصل صفحه دوم شناسنامه) و برای پسران بالای ۲۲ سال ارسال گواهی اشتغال به تحصیل از دانشگاه مربوطه در صورت تقاضای پوشش پدر و مادر تحت تکفل ارسال تصویر صفحه اول دفترچه تأمین اجتماعی متقاضی پوشش

تاریخ :

امضاء :

نام و نام خانوادگی متقاضی :

فرم متقاضیان پوشش بیمه عصر و حوادث و بیمه درمان نماینده همسر، فرزند و یا تکمیل درمان پدر و مادر تحت تکفل (یا غیر تحت تکفل)

ردیف	نوع کفالت		نسبت با بیمه گذار	محل تولد	کد ملی	محل صدور	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	نام شعبه	کد نماینده	نام خانوادگی	ردیف
	فرزند	غیر فرزند												
۱														۱
۲														۲
۳														۳
۴														۴
۵														۵
۶														۶
۷														۷
۸														۸
۹														۹
۱۰														۱۰

تکمیل و ارائه مدارک زیر به پیوست فرم ذکر الزامی است :

تکمیل فرم مربوطه همراه عکس ، تصویر شناسنامه و کارت ملی خود و افراد متقاضی پوشش

جهت پوشش دختران بالای ۱۸ سال ارائه و ارسال مدارک مجرد (تصویر برابر اصل صفحه دوم شناسنامه) و برای پسران بالای ۲۲ سال ارسال گواهی اشتغال به تحصیل از دانشگاه مربوطه

تقاضای پوشش پدر و مادر (چه تحت تکفل و چه غیر تحت تکفل) ارسال تصویر صفحه اول دفترچه تأمین اجتماعی متقاضی پوشش

تاریخ :

امضاء :

نام و نام خانوادگی متقاضی :