

"فرم بیمه تکمیلی درمان"

شرکت تعاونی: -----

نام روستا: -----

شماره تلفن بیمه شده اصلی: -----

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: -----

( جدول مشخصات )

بیمه شده	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	کد ملی
اصلی				
همسر				
فرزند ۱				
فرزند ۲				
فرزند ۳				
فرزند ۴				
فرزند ۵				
فرزند ۶				
پدر				
مادر				

( لطفا بعد از تکمیل ، فرم را به شرکت تعاونی مربوطه تحویل دهید. )

تاریخ تکمیل :

امضاء: