

فرم درخواست عضویت در بیمه درمان تکمیلی

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	تاریخ تولد روز، ماه، سال	کدملی	شماره شناسنامه	تاهل	نوع بیمه	شماره همراه	شماره شبا
1					/ /						
2					/ /						
3					/ /						
4					/ /						
5					/ /						
6					/ /						

اینجانب طرح بدون تعهد دندانپزشکی طرح با تعهد دندانپزشکی را برای بیمه درمان تکمیلی سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ خود و افراد تحت تکفلم انتخاب می نمایم.

تاریخ تکمیل فرم: / / ۱۳۹۵

امضاء

نام و نام خانوادگی سرپرست