Tehran Handicrafts Cooperation
اتحادیه تعاونی های صنایع دستی استان تهران

بیمه تعاون

اتحادیه تعاونی های صنایع دستی استان تهران

فرم درخواست بیمه تکمیل درمان گروهی

اطلاعات بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی:.....تاریخ تولد:.....شماره شناسنامه:.....کد ملی:.....
نام پدر:.....شغل:..... شماره تماس منزل:.....شماره تماس محل :.....
شماره همراه:.....نشانی منزل :.....
نشانی محل کار :.....
شماره دفترچه بیمه :.....شماره حساب(شبا) :.....

اطلاعات بیمه شده های فرعی :

نام و نام خانوادگی:.....سال تولد:.....شماره شناسنامه :..... کد ملی :.....نسبت با بیمه شده اصلی:.....نام پدر:.....
نامونامخانوادگی:.....سالتولد:..... شمارهشناسنامه :..... کدملی :.....نسبتبابیمهشدهاصلی:.....نامپدر:.....
نامونامخانوادگی:.....سالتولد:..... شمارهشناسنامه :..... کدملی :.....نسبتبابیمهشدهاصلی:.....نامپدر:.....
نامونامخانوادگی:.....سالتولد:..... شمارهشناسنامه :..... کدملی :.....نسبتبابیمهشدهاصلی:.....نامپدر:.....
نامونامخانوادگی:.....سالتولد:..... شمارهشناسنامه :..... کدملی :.....نسبتبابیمهشدهاصلی:.....نامپدر:.....

بدین وسیله ضمن تکمیل اطلاعات فوق و تحویل مدارک درخواستی و امضا ذیل این فرم درخواست بیمه تکمیل درمان گروهی اعضا تعاونی قالیبافان را از آن شرکت محترم دارم.

ضمنا متعهد میگردم حق بیمه های مربوط را به صورت کامل پرداخت نمایم.در غیر اینصورت شرکت بیمه تعاون حق دارداز ارائه خدمات بیمه ای به اینجانب و افراد تحت تکفل , امتناع ورزد.

نام و امضا بیمه گر **نام و امضا بیمه گذار**