

فرم درخواست بیمه تکمیلی (فرم شماره ۱)

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

نام بانک	نام صاحب حساب	شماره شبا

* آیا عضو انجمن می باشید: ☐ بله ☐ خیر

* آیا بیمه پایه دارید: ☐ بله ☐ خیر

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

*تصویر کارت ملی-تصویر شناسنامه بیمه شده اصلی و تحت تکفل و تصویر برگ اول دفترچه بیمه شده اصلی ضمیمه فرم پر شده گردد.