کانون کارشناسان رسمی دادگستری
استان آذربایجان غربی

فرم درخواست پوشش بیمه تکمیلی

بیمه ایران

اینجانب:.....نام پدر:.....تاریخ تولد:..... شماره شناسنامه:.....

تاریخ شروع به کار:.....کد ملی:..... شماره بیمه پایه:.....

شماره ثابت :.....شماره تماس:.....

با اطلاع از تمام مفاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی مشخصات اعضا تحت تکفل خود را به شرح ذیل اعلام میدارم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی	نام پدر	تاریخ تولد	کد ملی	نوع بیمه پایه	شماره بیمه پایه
۱							
۲							
۳							
٤							
٥							

شماره شبا بیمه شده اصلی: | I | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

شماره حساب:..... بانک:.....

اینجانب..... شماره پروانه.....به کانون کارشناسان رسمی دادگستری وکالت می دهم حق بیمه مربوط به بیمه تکمیلی و افراد تحت تکلفم طبق لیست فوق از حساب اینجانب کسر گردد.

امضا