

فرم ثبت نام بیمه عمر و سرمایه تحت تکفل ۱۴۰۱-۱۴۰۰

مشخصات پرسنل اصلی:

| کد ملی | نام | نام خانوادگی | کد پرسنلی | شماره همراه | سابقه بیماری خاص | پوشش بیمه عمر و سرمایه اصلی |
|--------|-----|--------------|-----------|-------------|------------------|-----------------------------|
| | | | | | | |

مشخصات اعضای تحت تکفل

| کد ملی | نام | نام خانوادگی | نام پدر | شماره شناسنامه | تاریخ تولد | نسبت | محل تولد | جنسیت | سابقه بیماری |
|--------|-----|--------------|---------|----------------|------------|------|----------|-------|--------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

بیمه عمر و سرمایه گذاری با حق بیمه ماهیانه 800,000 ریال

اینجانب با مشخصات اعلامی متقاضی بیمه عمر و سرمایه برای اعضای تحت تکفل خود هستم اعلام شده می باشم.

امضاء