

فرم بیمه تکمیلی درمان

اینجانب آقای / خانم که در تاریخ بازنشسته شده

ام بدینوسیله تمایل خود را به استفاده از بیمه تکمیلی درمان اعلام

مینمایم: ضمناً افراد تحت تکفل اینجانب جهت استفاده از بیمه تکمیلی

درمان نفر میباشند.

نام و نام خانوادگی

امضاء