فرم درخواست یا انصراف عضویت در بیمه تکمیلی درمان ملت

سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی استان قزوین در سال 1402

|  |
| --- |
| مشخصات بیمه شده اصلی |
| شماره عضویت | نام و نام خانوادگی | نام پدر | شناسنامه | تاریخ تولد | شماره دفترچه درمان |
|  |  |  |  |  |  |

شماره تلفن شماره ملی شماره حساب وشبا ملت

مشخصات اعضاء تحت تکفل بیمه شده اصلی

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | شماره ملی | شماره شناسنامه | تاریخ تولد | نسبت | شماره دفترچه |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 تاریخ درخواست ...................................... امضاء

بیمه عمر دارد نامه بیمه ندارد

|  |
| --- |
| اینجانب ............................. با آگاهی کامل ، انصراف افراد فوق را از بیمه مکمل درمان اعلام می نمایم . تاریخ ................................ امضاء |

|  |
| --- |
| نام طرح انتخابی |

اداره رفاه سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی استان قزوین