



## فرم مشخصات بیمه‌شدگان بیمه درمان تکمیلی نمایندگان بیمه آرمان

شماره سند: FM-AG-44/01

تاریخ: / / ۱۴

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

نماینده محترم

با آرزوی سلامتی برای شما و خانواده محترمتان، خواهشمند است با دقت و حوصله و بدون قلم خوردگی به تکمیل این فرم اقدام فرمایید

مدیریت امور شعب و نمایندگان

مشخصات بیمه نامه:

نام بیمه گذار: شرکت بیمه آرمان  
شماره بیمه نامه:

مشخصات بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی: کد نمایندگی:  
نام پدر: شماره شناسنامه:  
تاریخ تولد: کد ملی:  
محل صدور شناسنامه: شماره بیمه تامین اجتماعی:

مشخصات بیمه شده فرعی: (پدر، مادر، همسر و فرزند)

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور شناسنامه	کد ملی	نوع بیمه شده	
							نسبت	تحت تکفل / عادی

دارای سابقه بیمه درمان تکمیلی نزد ..... تا تاریخ ..... می باشم.

تاریخ

مهر و امضای بیمه گذار

تاریخ

امضای نماینده