

فرم عضویت در بیمه تکمیلی (بیمه دانا) سال ۹۸

لطفا جهت عضویت در بیمه درمان تکمیلی جدول ذیل را با دقت تکمیل نمایید.

تبصره: جهت تکمیل ردیف یک بیمه شده اصلی ثبت گردد و سپس افراد تحت تکفل.

(طرح عادی)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	جنسیت	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	شماره حساب یا شبا
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

امضاء بیمه شده

(طرح ویژه)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	جنسیت	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	شماره حساب یا شبا
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

امضاء بیمه شده