

مدیریت محترم منابع انسانی

با سلام و احترام

اینجانب به شماره شناسنامه و کد ملی فرزند و متولد روز ماه سال به شماره پرسنلی با وضعیت استخدامی دارای شماره شب بانک و شماره همراه با اطلاع کافی از تعهدات و حق بیمه درمان تکمیلی، تقاضای پوشش برای خود و خانواده ام به شرح ذیل و با کسر حق بیمه از حقوق را دارم.

فهرست اسامی بیمه شدگان

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت	حذف/اضافه	نوع تحت تکفل
1					/ /			
2								
3								
4								
5								

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی

امضا و تاریخ: