

**یامن اسمه دواء و ذکره شفاء**  
**« فرم درخواست عضویت در قرارداد درمان تکمیلی »**

اینجانب آقای/خانم..... زیرمجموعه شرکت / شخص حقیقی..... به شماره عضویت..... درخواست استفاده از خدمات درمان تکمیلی بر اساس قرار داد انجمن انبوه سازان مسکن و ساختمان استان قزوین و شرکت سهامی بیمه سامان به همراه افراد تحت تکفل مندرج در جدول ذیل از مورخه ۹۶/۵/۱ به مدت یکسال دارم.

وضعیت		شماره بیمه گر اول	نسبت با بیمه شده اصلی	نام پدر	جنسیت	کدملی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور	نام و نام خانوداگی	ردیف
اعضا	خارج از اعضا										

امضاء متقاضی

شماره تماس:

آدرس:

شماره شبا حساب: