

فرم حذف عضویت بیمه تکمیلی

اینجانب به

شماره پرسنلی متقاضی حذف افراد

ذیل از بیمه تکمیلی می باشم.

کلیه افراد:

همسر: نام نام خانوادگی

فرزند/ فرزندان: نام نام خانوادگی

.....

.....

پدر / مادر: نام نام خانوادگی

.....

تاریخ / امضاء: