تاریخ: / /

شماره نامه:

پیوست: دارد

**بسمه تعالی**

با سلام؛

احتراما به استحضار می‌رساند شرکت ................. (کد اقتصادی ............... شماره ثبت .............. شناسه ملی ................. شماره تلفن ثابت ..................) با مدیریت عاملی آقا / خانم .................. و کد ملی ....................... متقاضی دریافت خدمات بیمه درمان تکمیلی / عمر و حوادث گروهی شرکت بیمه سرمد جهت کارکنان شرکت و اعضا خانواده ایشان از مورخ .../..../.... به شرح جدول ذیل می‌باشد؛ لذا خواهشمند است در این خصوص اقدامات لازم را مبذول فرمایید.

لازم به ذکر است اکسل اسامی پرسنل به پیوست تقدیم می‌گردد.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع خدمات** | **نام طرح** | **تعداد بیمه شدگان اصلی** | **تعداد افراد تحت تکفل** | **تعداد کل بیمه شدگان** |
| **درمان تکمیلی** |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عمرو حوادث گروهی** | **میزان سرمایه هر نفر****(فوت به هر علت)** | **تعداد بیمه شدگان**  |
| **بیمه شدگان اصلی** |  |  |
| **همسر بیمه شدگان اصلی** |  |  |
| **پدر و مادر بیمه شدگان اصلی** |  |  |
| **فرزندان بیمه شدگان اصلی** |  |  |
| **مجموع تعداد بیمه شدگان** |  |

مهر

امضا

تاریخ