

به : شرکت خدمات اداری پشتیبانی و فنی مهندسی امید خزر
موضوع : تقاضای بیمه تکمیلی

با سلام بدینوسیله اینجانب.....به شماره بیمه تامین اجتماعیشاغل در.....تقاضای بیمه تکمیلی برای خودم و افراد تحت تکفل را دارم لذا خواهشمند است دستور فرمایید اقدامات لازم را در این خصوص مبذول فرمایند .

با تشکر

نام و نام خانوادگی متقاضی

امضاء

افراد تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	سن	ملاحظات
۱		همسر		
۲		فرزند		
۳		پدر		
۴		مادر		