با سلام و احترام

در خصوص ارائه خدمات بیمه تکمیلی درمان شرکتهای تعاونی و سایر کارگاههای خرد و کوچک اینجانب.....کارفرمای کارگاه/تعاونی / واحد صنفی.....واقع در شهرستان انار با شماره کارگاه ..... و آدرس و تلفن..... متقاضی استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان با طرح پیشنهادی شماره..... میباشم با تعداد .....نفربیمه شده اصلی شاغل در کارگاه مذکور ،و.....نفر بیمه شده تبعی با مشخصات مذکور در جدول زیر میباشم. متقاضی استفاده از بیمه عمر به هرعلت / بر اثر حادثه ، می باشم / نمی باشم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	نوع بیمه شده(اصلی/تبعی)	شماره بیمه	تعداد افراد تابع	تلفن	آدرس