اداره محترم امور مالی

احتراما

اینجانب ..... فرزند .....

به شماره شناسنامه ..... متولد .....

محل تولد ..... صادره از .....

دارای کد ملی | | | | | | | | | | |

خواهشمند است مبلغ حق بیمه برگشتی/ حواله خسارت را به حساب ذیل واریز نمائید.

شماره حساب بیمه گذار | | | | | | | | | | | | | | |

بانک ..... شعبه ..... کد شعبه .....

شماره تماس ..... شماره همراه .....

نام و امضاء بیمه گذار

• بیمه گذار محترم ارائه موارد فوق الزامی بوده، **بدیهی است به درخواست های ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد.**

•کپی کارت ملی بیمه گذار الزامی است.