



«فرم درخواست (کاهش) بیمه نامه عمر سال ۱۴۰۳ کارکنان شرکت شسکام نزد بیمه معلم»

احتراما اینجانب با اطلاع کامل از مزایا و پوشش بیمه عمر شرکت بیمه معلم درخواست خود را جهت حذف در طرح یاد شده اعلام داشته و حق هرگونه اعتراض بعدی را از خود سلب می نمایم.

| نام و نام خانوادگی | کدملی | نام پدر | تاریخ تولد | شماره شناسنامه | تلفن همراه |
|--------------------|-------|---------|------------|----------------|------------|
| | | | | | |

تاریخ و امضاء