کارگزاری رسمی بیمه آراد

با سلام

احتراما به اطلاع می رساند پیرو اعلام نرخ و شرایط جهت بیمه درمان تکمیلی طی نامه شماره 537367/330-3/99 مورخ

13/2/ 99 از طرف شرکت بیمه پارسیان ،این شرکت موافقت خود را جهت انعقاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی با بیمه پارسیان اعلام می دارد.

به پیوست مدارک مورد نیاز اعلامی جهت تکمیل پرونده و صدور بیمه درمان تکمیلی ارسال می گردد.

مشخصات کامل شرکت شامل:

شماره ثبت

تاریخ ثبت

شناسه ملی

کد اقتصادی

شماره ملی

آدرس کامل بیمه گذار

آدرس ایمیل

امضا

مهر