بیمه تکمیلی لیست ۱						مشخص کردن سرپرست و اعضا تحت تکفل در جدول اجباری میباشد.	شماره نامه:
استان مازندران					نام شرکت تعاونی:		تاریخ:
ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره همراه فقط سرپرست خانوار	سرپرست و افراد تحت تکفل مشخص شود	شماره طرح