**نمایندگی کد 1401 بیمه آسماری**

**جناب آقای گودرزی**

**با سلام،**

با توجه به قطع همکاری بیمه‌شده اصلی آقایان .... و .... و خانم‌ها...و .... با شرکت ....(نام شرکت خود را یادداشت فرمایید).... ، لطفا اقدامات لازم جهت حذف ایشان و افراد زیرمجموعه از لیست بیمه تکمیلی این شرکت از تاریخ ...(اولین ماه‌گرد بیمه‌ای بعد از تاریخ ارسال نامه)... را پس از بررسی وضعیت خسارت ایشان در صورت امکان انجام دهید.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام | نام خانوادگی | کد ملی | نسبت |
| 1 |  |  |  | اصلی |
| 2 |  |  |  | همسر |
| 3 |  |  |  | فرزند |
| 1 |  |  |  | اصلی |
| 2 |  |  |  | فرزند |

 مهر و امضا