|  |
| --- |
|  |

مدیریت محترم شرکت $$

با سلام و احترام؛

با توجه به صدور بیمه­نامه­ درمان تکمیلی گروهی کارکنان آن شرکت محترم و افراد تحت تکفل ایشان، خواهشمند است دستور فرمایید در خصوص واریز مبلغ به شرح جدول ذیل بابت بدهی ­اقساط حق بیمه­های سررسید شده بیمه­نامه و­­­الحاقیه­های صادره با احتساب سررسید $$$ به شماره حساب مندرج در جدول مشخصات حساب و ارسال فیش واریزی به این شرکت، اقدام مقتضی مبذول نمایند.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شماره بيمه نامه | بیمه نامه | مبلغ بدهی اقساط اصلی سررسیدشده (ریال) | مبلغ بدهی الحاقیه های افزایشی سررسید شده (ریال) | شناسه واریز | مجموع (ریال) |
| $$$$ | درمان تکمیلی گروهی | ## | ### | #### | ##### |

جدول مشخصات حساب:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| شناسه ملی | شماره حساب | شماره شبا | بانک / شعبه | صاحب حساب |
| 10102780407 | 00200569097003 | IR810540103381020569097003 | پارسيان / تهران ( میدان آرژانتین ) | شرکت خدمات بیمه ای امین پارسیان |
| با توجه به شناسه دار بودن شماره حساب اعلامی ، واریز حق بیمه درمان، صرفاً با اعمال شناسه واریز مربوطه امکان­پذیر می­باشد. | | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

-پیگیری کننده: آقای اکبری، شماره تماس:877532300-021