

تاریخ شروع قرارداد ۱۴۰۰/۱۱/۰۱ الی ۱۴۰۱/۱۱/۰۱ می باشد .

* مشخصات نفر اصلی

نام	نام خانوادگی	* کد ملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره عضویت	رشته
			روز	ماه	سال	زن	مرد	متاهل	مجرد		
* شماره موبایل						تلفن ثابت					
۰ ۹						۰					
* شماره شبانه ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز خسارت های درمان) ***** نام بانک :											
IR											
* آدرس منزل / محل کار :											
<input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی ؟ سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی استان البرز عضو بوده اید ؟ <input type="radio"/> سلامت <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> ندارم <input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> بیمه پایه :											

* مشخصات نفر تحت تکفل

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	* کد ملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره شناسنامه
					روز	ماه	* سال	زن	مرد	متاهل	مجرد	
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												

مبلغ حق بیمه برای یکسال (بر حسب ریال)

شرح	مبلغ (ریال)	جمع هر ردیف	حق بیمه کل نفرات
حق بیمه نفر اصلی	۱۹,۳۳۰,۰۰۰		
حق بیمه سایر نفرات	۱۷,۷۳۰,۰۰۰		

حق بیمه دریافتی

در تاریخ / / مبلغ ریال به صورت چک قبض دستگاه POS/ATM به شماره پیگیری بانک دریافت گردید.

- ۱) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۱۵
- ۲) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۵
- ۳) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۱/۰۱/۱۵
- ۴) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۱۵
- ۵) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۱۵

مطابق با شرایط عمومی بیمه های درمان تکمیلی چنانچه اقساط حق بیمه بیش از ۱۰ روز از مهلت سررسید وصول نکرده خسارت (هزینه های درمان) احتمالی غیر قابل پرداخت می باشد.

کلیه شرایط ، مقررات ، فراشیزها و جدول تعهدات پیوست این بیمه نامه مورد تایید اینجانب می باشد .

مهر و امضا بیمه شده

مهر و امضا دریافت کننده اسناد