

فرم نام نویسی بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی ساختمان استان البرز " ۱۴۰۰-۱۳۹۹ "

*** مشخصات نفر اصلی**

نام	نام خانوادگی	* کد ملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره نظام مهندسی	رشته
			روز	ماه	* سال	زن	مرد	متاهل	مجرد		

* شماره موبایل						تلفن ثابت					
----------------	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--

* شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز خسارت های درمان) ***** نام بانک :											
IR											

* آدرس منزل / محل کار :											
* بیمه پایه : <input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> سلامت <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> ندارم											

*** 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 به تفکیک سن (بر حسب ریال) با احتساب ۹٪ مالیات و ارزش افزوده

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۱ تا ۷۰ سال	۷۱ سال به بالا	جمع هر ردیف	حق بیمه کل نفرات
حق بیمه نفر اصلی	۱۹,۸۲۰,۰۰۰	۲۹,۴۸۰,۰۰۰	۳۹,۱۴۰,۰۰۰		
حق بیمه سایر نفرات	۱۹,۳۲۰,۰۰۰	۲۸,۹۸۰,۰۰۰	۳۸,۶۴۰,۰۰۰		

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 ۱۳۹۹/۱۲/۲۰
۲) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۰
۳) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۰
۴) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۰
۵) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۰

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

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

مهر و امضا بیمه شده

مهر و امضا دریافت کننده اسناد