

۱۴۰۱/۱۱/۰۱ الی ۱۴۰۲/۱۱/۰۱
***مشخصات نفر اصلی**


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

*شماره موبایل						تلفن ثابت					
۰						۰	۹				

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

*آدرسی منزل / محل کار :											
<input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی ؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> بیمه پایه : <input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> سلامت <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> ندارم											

*** مشخصات نفر تحت تکفل**

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

مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن (بر حسب ریال)

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۱ سال تا ۷۰ سال	۷۰ سال به بالا
حق بیمه نفر اصلی	۷۶,۱۰۰,۰۰۰	۱۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۵۰,۶۰۰,۰۰۰
حق بیمه سایر نفرات	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۱۱,۷۵۰,۰۰۰	۱۴۹,۰۰۰,۰۰۰

حق بیمه دریافتی

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

- چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۰۱
- چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۰۱
- چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۱
- چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۱
- چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

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