



مقاضر شرکت در طرح الف  طرح ب  مر باضم

\*مشفحات 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					
۰						۰	۹				

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

*آدرس منزل / محل کار :											
<input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی عضو بوده اید ؟ <input type="radio"/> بیمه پایه : <input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> سلامت <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> ندارم											

\* مشفحات نفر تحت تکفل

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

شرح	مبلغ طرح الف (برای یکسال)			مبلغ طرح ب (برای یکسال)		
	تا ۶۰ سال	۶۱ تا ۷۰ سال	۷۱ سال به بالا	تا ۶۰ سال	۶۱ تا ۷۰ سال	۷۱ سال به بالا
حق بیمه نفر اصلی	۷۱.۸۴۰.۰۰۰	۱۰۷.۳۶۰.۰۰۰	۱۴۲.۸۸۰.۰۰۰	۹۰.۰۲۰.۰۰۰	۱۳۴.۹۰۰.۰۰۰	۱۷۹.۶۰۰.۰۰۰
حق بیمه سایر نفرات	۷۱.۰۴۰.۰۰۰	۱۰۶.۵۶۰.۰۰۰	۱۴۲.۰۸۰.۰۰۰	۸۹.۴۰۰.۰۰۰	۱۳۴.۱۰۰.۰۰۰	۱۷۸.۸۰۰.۰۰۰

حق بیمه دریافتی

مبلغ / / در تاریخ	ریال به صورت <input type="radio"/> چک <input type="radio"/> قبض دستگاه POS/ATM به شماره پیگیری ..... بانک ..... دریافت گردید.
۱) چک شماره .....	بانک .....
۲) چک شماره .....	بانک .....
۳) چک شماره .....	بانک .....
۴) چک شماره .....	بانک .....
۵) چک شماره .....	بانک .....

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