

فرم نام نویسی بیمه درمان تکمیلی جامعه مهندسين ساختمان " سال ۹۸"

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	کدملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		مبلغ حق بیمه
					روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل	
۱			اصلی									
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												

* سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی کانون مهندسين شهريار عضو بوده ايد؟ بلی خیر

جمع مبلغ حق بیمه

آدرس محل کار/ منزل :

تلفن همراه تلفن ثابت کد :

شماره نظام مهندسی : رشته: بیمه پایه تامین اجتماعی سلامت سایر ندارم

* شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز هزینه های درمان) را در کادر زیر وارد کنید. * نام بانک

IR

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

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۰ تا ۷۰ سال	۷۰ سال به بالا
حق بیمه نفر اصلی	۱,۵۲۲,۰۰۰	۲,۲۷۰,۰۰۰	۳,۰۱۷,۰۰۰
حق بیمه نفرات تحت تکفل	۱,۴۹۵,۰۰۰	۲,۲۴۳,۰۰۰	۲,۹۹۰,۰۰۰

رسید 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 ۹۷/۰۲/۱۵

(۲) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۹۷/۰۳/۱۵

(۳) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۹۷/۰۴/۱۵

(۴) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۹۷/۰۵/۱۵

* 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 این بیمه نامه مورد تایید اینجانب می باشد .

مهر و امضا بیمه شده

مهر و امضا دریافت کننده اسناد