فرم نام نویسی بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی استان البرز "۱۴۰۴-۱۴۰۳"

بیمه البرز
شرکت نمایندگی بیمه پویا صنعت تجارت
البرز شریف (کد ۶۶۱۰)

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان البرز

متقاضی شرکت در طرح الف ○ طرح ب ○ مرباشم

*مشخصات نفر اصلی

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

*شماره موبایل: ۰ ۹ _ _ _ _ _ _ _ _ _

تلفن ثابت: ۰ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

*شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز خسارتهای درمان) ********** *نام بانک :

IR _

*آدرس منزل / محل کار : .....

*سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی عضو بوده اید ؟ بلی ○ خیر ○

بیمه پایه : تامین اجتماعی ○ سلامت ○ سایر ○ ندارم ○

* مشخصات نفر تحت تکفل

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

طرح ها	مبلغ طرح الف (برای یکسال)			مبلغ طرح ب (برای یکسال)		
شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۱ تا ۷۰ سال	۷۱ سال به بالا	۰ 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

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 ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

۲) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۰۱/۰۱

۳)چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۰۲/۰۱

۴)چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

۵)چک شماره ..... بانک .....مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۱

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

مهر و امضا دریافت کننده اسناد

مهر و امضا بیمه شده