



مقتضی شرکت در طرح نقره  طرح طلا  مر باقم

\*مشفحات نفر اصلی

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

*شماره موبایل						تلفن ثابت					
۰	۹					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 پزشکی عضو بوده اید؟ بلی  خیر   
 بیمه پایه :  تامین اجتماعی  سلامت  سایر  ندارم

\* مشفحات نفر تحت تکفل

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

شرح	مبلغ طرح نقره ای (برای یکسال)			مبلغ طرح طلائی (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	۷۵.۴۲۰.۰۰۰	۱۱۲.۳۳۰.۰۰۰	۱۴۹.۲۴۰.۰۰۰	۱۵۶.۷۶۰.۰۰۰	۲۰۸.۴۸۰.۰۰۰	۲۰۶.۸۸۰.۰۰۰
حق بیمه سایر نفرات	۷۳.۸۲۰.۰۰۰	۱۱۰.۷۳۰.۰۰۰	۱۴۷.۶۴۰.۰۰۰	۱۵۵.۱۶۰.۰۰۰	۲۰۳.۴۴۰.۰۰۰	۲۰۶.۸۸۰.۰۰۰

حق بیمه دریافتی

مبلغ / / در تاریخ / / 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 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