فرم نام نویسی بیمه درمان تکمیلی جامعه مهندسین ساختمان "۱۴۰۳-۱۴۰۲"

بیمه البرز
شرکت نمایندگی بیمه پویا صنعت تجارت
البرز شریف (کد ٦٦١٠)

متقاضی شرکت در طرح الف ○ طرح ب ○ می باشم

*مشخصات نفر اصلی

نام	نام خانوادگی	*کدملی	*سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره عضویت	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 جامعه مهندسین ساختمان 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	۷۴،۵۰۰،۰۰۰	۱۱۰,۹۵۰،۰۰۰	۱۴۷,۴۰۰،۰۰۰	۸۵،۰۰۰،۰۰۰	۱۲۶,۷۰۰،۰۰۰	۱۶۸,۴۰۰،۰۰۰
حق بیمه سایر نفرات	۷۲،۹۰۰،۰۰۰	۱۰۹،۳۵۰،۰۰۰	۱۴۵،۸۰۰،۰۰۰	۸۳،۴۰،۰۰۰	۱۲۵،۱۰۰،۰۰۰	۱۶۶،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 ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

۲) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

۳)چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

۴)چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۱

۵)چک شماره ..... بانک .....مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

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