

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی جامعه مهندسين ساختمان سال ۹۹

احتراما اينجانب به شماره عضويت تقاضای ثبت نام بیمه تکمیلی درمان خود و تعداد نفر افراد تحت تکفل و تعداد غیر تکفل (پدر و مادر) با مشخصات زیر را دارم.

ردیف	نام	نام خانوداگی	نسبت	کد ملی	سال تولد			جنسیت		شماره شناسنامه	محل صدور	مبلغ بیمه
					روز	ماه	سال	زن	مرد			
۱			اصلی									
۲												
۳												
۴												
۵												
آدرس منزل و تلفن همراه : شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریزی هزینه های درمان): سال گذشته برای سابقه بیمه تکمیلی بوده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر												
												جمع مبلغ بیمه

مبلغ حق بیمه برای یک سال به تفکیک سن (برحسب تومان)

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۰ تا ۷۰ سال	۷۰ سال به بالا	افراد غیر تحت تکفل
حق بیمه هرنفر	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۵,۲۰۰,۰۰۰	۲۵,۲۰۰,۰۰۰

- (۱) چک شماره.....بانک.....مبلغ..... به تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۰۷
- (۲) چک شماره.....بانک.....مبلغ..... به تاریخ ۱۳۹۹/۰۲/۰۱
- (۳) چک شماره.....بانک.....مبلغ..... به تاریخ ۱۳۹۹/۰۵/۰۱
- (۴) چک شماره.....بانک.....مبلغ..... به تاریخ ۱۳۹۹/۰۸/۰۱

اینجانب با آگاهی کامل از مفاد و شرایط قرارداد فی مابین سازمان نظام مهندسی و شرکت بیمه آرمان به شماره قرارداد ۱۵۰۱/۹۸/۰۰۰۰۳۰/۰۰۱۵۳۹ فرم ثبت نام را امضاء نموده و در صورت فسخ قرارداد مذکور به هردلیل من جمله حد نصاب اعضاء با شرکت بیمه هیچگونه ادعایی نسبت به قرارداد فوق نداشته و درخواست استرداد چهار فقره چک خود را به شرح فوق دارم.

مهر وامضاء متقاضی