

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			اصلي									
۲												
۳												
۴												
۵												

آدرس منزل و تلفن همراه :

شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریزی هزینه های درمان):

سال گذشته دارای سابقه بیمه تکمیلی بوده اید؟ بلی خیر

جمع مبلغ بیمه

مبلغ حق بیمه برای یک سال به تفکیک سن

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۰ تا ۷۰ سال	۷۰ سال به بالا
حق بیمه هرنفر	۱۸,۹۶۰,۰۰۰	۲۴,۶۴۸,۰۰۰	۲۷,۴۹۲,۰۰۰
۱) چک شماره.....بانک.....مبلغ..... به تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۳			
۲) چک شماره.....بانک.....مبلغ..... به تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۰۳			
۳) چک شماره.....بانک.....مبلغ..... به تاریخ ۱۴۰۰/۰۵/۰۳			
۴) چک شماره.....بانک.....مبلغ..... به تاریخ ۱۴۰۰/۰۸/۰۳			

اینجانب با آگاهی کامل از مفاد و شرایط قرارداد فی مابین سازمان نظام مهندسی و شرکت بیمه کوثر به شماره قرارداد ۱۳۹۹/۱۵۱۰/۹۱۰/۰/۵ 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 و امضاء متقاضی