

## \*مشخصات نفر اصلی

| نام | نام خانوادگی | *کدملی | *تاریخ تولد |     |     | جنسیت |     | وضعیت تاهل |      | شماره نظام پزشکی | تخصص |
|-----|--------------|--------|-------------|-----|-----|-------|-----|------------|------|------------------|------|
|     |              |        | روز         | ماه | سال | زن    | مرد | متاهل      | مجرد |                  |      |

\*تلفن ثابت

\*شماره موبایل

|   |     |
|---|-----|
| ۰ | ۰ ۹ |
|---|-----|

\*شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز خسارت های درمان) \*\*\*\*\* \* نام بانک :

|    |  |
|----|--|
| IR |  |
|----|--|

\*آدرس منزل / محل کار :

 \*سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی جامعه پزشکان عضو بوده اید؟  خیر  بلی  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 | متاهل      | مجرد |
| ۱    |     |              |      |        |             |     |     |       |     |            |      |
| ۲    |     |              |      |        |             |     |     |       |     |            |      |
| ۳    |     |              |      |        |             |     |     |       |     |            |      |
| ۴    |     |              |      |        |             |     |     |       |     |            |      |
| ۵    |     |              |      |        |             |     |     |       |     |            |      |
| ۶    |     |              |      |        |             |     |     |       |     |            |      |

جمع مبلغ حق بیمه کلیه نفرات

مبلغ حق بیمه به تفکیک سن برای یکسال

| شرح                | ۶۰ تا ۶۹ سال | ۷۰ تا ۷۹ سال | ۷۱ سال به بالا |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| حق بیمه نفر اصلی   | ۴۴,۸۰۰,۰۰۰   | ۶۶,۴۰۰,۰۰۰   | ۸۸,۰۰۰,۰۰۰     |
| حق بیمه سایر نفرات | ۴۳,۲۰۰,۰۰۰   | ۶۴,۸۰۰,۰۰۰   | ۸۶,۴۰۰,۰۰۰     |

## 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 ۱۴۰۲/۰۶/۲۰
- ۲) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۰
- ۳) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۲۰
- ۴) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۰
- ۵) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۲۰

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