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

فرم نام نویسی بیمه درمان تکمیلی مهندسان ساختمان "۱۴۰۴-۱۴۰۴

*مشخصات نفر اصلی

نام	نام خانوادگی	*کدملی	*سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره نظام مهندسی	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 مهندسان 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											

شرح / تفکیک سن	۰ تا ۶۰ سال	۶۱ تا ۷۰ سال	جمع مبلغ حق بیه نفرات
حق بیمه نفر اصلی	۱۲۶.۵۰۰.۰۰۰	۱۸۸.۹۰۰.۰۰۰	
حق بیمه سایر نفرات	۱۲۴.۸۰۰.۰۰۰	۱۸۷.۲۰۰.۰۰۰	

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 ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

۲) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۱

۳)چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۰۱

۴)چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۰۱

۵)چک شماره ..... بانک .....مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۰۷/۰۱

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