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

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی استان البرز – سال ۹۸

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	کدملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره شناسنامه	مبلغ حق بیمه
					روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل		
۱			اصلی										
۲													
۳													
۴													
۵													
۶													
۷													

*سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی کشاورزی عضو بوده اید ؟ بلی ○ خیر ○

جمع مبلغ حق بیمه

آدرس منزل / محل کار: .....

تلفن همراه ۰۹ تلفن ثابت کد :

شماره نظام مهندس / پروانه بهربرداری : بیمه پایه تامین اجتماعی ○ سلامت ○ سایر ○ ندارم ○

*شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز هزینه های درمان) را در کادر زیر وارد کنید. * نام بانک

IR

مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن (بر حسب تومان)

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۰ سال به بالا	والدین غیر تحت تکفل
حق بیمه نفر اصلی	۱،۷۵۲،۰۰۰	۲،۵۸۰،۰۰۰	۲،۵۴۴،۰۰۰
حق بیمه سایر نفرات	۱،۷۱۶،۰۰۰	۲،۵۴۴،۰۰۰	

رسید 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 ۹۸/۱۲/۱۰

۲) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۹۹/۰۲/۱۰

۳) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۹۹/۰۴/۱۰

۴) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۹۹/۰۶/۱۰

*** امکان انصراف تنها با ارائه مدارک مثبته از بیمه گر مکمل دیگر امکان پذیر می باشد .**

کلیه شرایط ، مقررات ، فراشیزها و جدول تعهدات این بیمه نامه مورد تایید اینجانب می باشد .

مهر و امضا دریافت کننده اسناد

مهر و امضا بیمه شده