

**فرم تقاضای بیمه مکمل درمان** سازمان نظام مهندسی ساختمان **استان قم**

شماره عضویت نظام مهندسی:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اطلاعات بیمه شده اصلی** | | |
| **نام و نام خانوادگی:** | **کدملی:** | **شماره شناسنامه:** |
| **نام پدر:** | **تاریخ تولد:** | **محل تولد:** |
| **شماره حساب:** | **آدرس:** | **تلفن ثابت:** |
| **نام بانک :** | **شماره شبا:** | **همراه:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اطلاعات افراد تحت تکفل** | | | | | | | |
| **ردیف** | **نام** | **نام خانوادگی** | **تاریخ تولد** | **کد ملی** | **شماره شناسنامه** | **محل تولد** | **نسبت با بیمه شده اصلی** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

حق بیمه سالیانه هر نفر ریال جمع کل حق بیمه خانوار

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حق بیمه | **مبلغ** | **تاریخ سررسید** | **شماره فیش واریزی** | **شماره چک** | **بانک** | **توضیحات** |
| **نوبت اول 50%:** |  | ابتدای قرارداد |  |  |  |  |
| **نوبت دوم25 %:** |  |  |  |  |  |  |
| **نوبت سوم25% :** |  |  |  |  |  |  |

بدینوسیله تائید می­شود اینجانب پس از مطالعه کامل شرایط بیمه مکمل درمان ثبت نام را انجام داده و حق بیمه مقرر را طبق شرایط اعلامی پرداخت خواهم نمود.ضمنا آگاهم عدم پرداخت به موقع اقساط باعث خسارت به کلیه بیمه شدگان می شود .

تاریخ: امضا بیمه شده

**مدارک موردنیاز:**

ارائه کارت ملی عضو اصلی و کارت عضویت متقاضی بیمه تکمیلی