



فرم تقاضای بیمه مکمل درمان سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم

شماره عضویت نظام مهندسی:

اطلاعات بیمه شده اصلی		
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	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
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							

حق بیمه سالیانه هر نفر ریال جمع کل حق بیمه خانوار ریال

حق بیمه	درصد	مبلغ	تاریخ سررسید	شماره فیش واریزی	شماره چک	بانک	توضیحات
نوبت اول	۵۰		ابتدای قرارداد				
نوبت دوم	۲۵		۱۴۰۰/۰۶/۳۱				
نوبت سوم	۲۵		۱۴۰۰/۰۹/۳۰				

بدینوسیله تأیید می شود 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. ضمناً آگاهم عدم پرداخت به موقع اقساط باعث خسارت به کلیه بیمه شدگان می شود.

تاریخ: امضا بیمه شده

مدارک موردنیاز بیمه شده :

ارائه کارت ملی عضو اصلی و کارت عضویت سازمان نظام مهندسی