

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی ۱۴۰۳

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	محل صدور	تاریخ دقیق تولد	جنسیت	وضعیت تاهل	شماره بیمه پایه
۱		اصلی								
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										

اینجانب..... با شماره عضویت به عنوان بیمه شده اصلی، ضمن اطلاع از کلیه شرایط بیمه تکمیلی، تقاضای خود را جهت استفاده از خدمات بیمه تکمیلی با حق بیمه سالانه ۱۰۶,۲۰۰,۰۰۰ ریال به ازای هر نفر طبق لیست فوق اعلام میدارم.

ضمناً حق بیمه برای افراد با سن ۶۱ تا ۷۰ سال ۱۳۸,۰۶۰,۰۰۰ و نیز حق بیمه برای افراد با سن بیش از ۷۰ سال ۱۵۳,۹۹۰,۰۰۰ مطلع میباشم.

شماره شبا بیمه شده اصلی بنام بانک

✓ مدارک لازم : - تصویر صفحه اول دفترچه درمانی - تصویر کارت ملی - تصویر کارت عضویت معتبر - تصویر شناسنامه

✓ شماره حساب جهت واریز وجه حق بیمه ۲۵۶۸۴۳۲۱۳۷ به نام سازمان نظام مهندسی می باشد.

نام و نام خانوادگی متقاضی

/ امضا / شماره تماس