

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی ۱۴۰۱

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی	نام پدر	کد ملی	محل صدور	تاریخ دقیق تولد	جنسیت	وضعیت تاهل	نوع دفترچه درمانی
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 ۳۵,۴۰۰,۰۰۰ ریال به ازای هر نفر طبق لیست فوق اعلام میدارم.

ضمناً از افزایش ۵۰ درصدی حق بیمه برای افراد با سن ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۳,۱۰۰,۰۰۰ و نیز افزایش ۱۰۰ درصدی حق بیمه برای افراد با سن بیش از ۷۰ سال ۷۰,۸۰۰,۰۰۰ مطلع میباشم.

✓ 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