



شماره عضویت نظام مهندسی:

اطلاعات بیمه شده اصلی		
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	شماره شناسنامه:
نام پدر:	تاریخ تولد:	محل تولد:
شماره حساب:	شماره کارت:	تلفن همراه: تلفن همراه دسترسی برای اطلاع رسانی:
نام بانک:	تلفن ثابت:	آدرس:
شماره شبا:	IR-	

بیمه پایه:

☐ تأمین اجتماعی	☐ سلامت	☐ خدمات درمانی	☐ نیروهای مسلح	☐ فاقد بیمه پایه
--	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---

طرح انتخابی:

حق بیمه طرح ۱ به ازای هر نفر ماهانه	حق بیمه طرح ۲ به ازای هر نفر ماهانه	حق بیمه طرح ۳ به ازای هر نفر ماهانه
☐ ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال	☐ ۹,۶۰۰,۰۰۰ ریال	☐ ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال

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	مبلغ	تاریخ سر رسید	شناسه صیادی چک	شماره چک	بانک عامل	توضیحات
نوبت اول ۵۰٪		زمان ثبت نام				
نوبت دوم ۲۵٪						
نوبت سوم ۲۵٪						

بدین وسیله 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.

امضا بیمه شده

تاریخ

لطفاً دو مرکز جهت دریافت خدمات درمانی، که بیشترین سهولت دسترسی برایتان دارد را بنویسید.			
آزمایشگاه:	داروخانه:	دندان پزشکی:	درمانگاه: