



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:	تلفن همراه:

اطلاعات افراد تحت تکفل							
ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	کدملی	شماره شناسنامه	محل تولد	نسبت با بیمه شده اصلی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							

ریال

جمع کل حق بیمه خانوار

ریال

حق بیمه سالیانه هر نفر

حق بیمه	مبلغ	تاریخ سررسید	شماره فیش واریزی	شماره چک	بانک	توضیحات
نوبت اول ۵۰٪		ابتدای قرارداد				
نوبت دوم ۲۵٪						
نوبت سوم ۲۵٪						

بدینوسیله تایید 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 در صورت عدم پرداخت به موقع اقساط باعث خسارت به کلیه بیمه شدگان می شود.

امضا بیمه شده

تاریخ:

مدارک مورد نیاز:

ارائه کارت ملی عضو اصلی و کارت عضویت متقاضی بیمه تکمیلی