

فرم نام نویسی بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی شهریار، قدس و ملارد " ۱۴۰۰-۱۳۹۹ "

* مشخصات نفر اصلی

نام	نام خانوادگی	* کد ملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره نظام پزشکی	تخصص
			روز	ماه	* سال	زن	مرد	مجرد	متاهل		

* شماره موبایل

* تلفن ثابت

* شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز خسارتهای درمان) ***** نام بانک :

IR

* آدرس منزل / محل کار :

* سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی شهریار عضو بوده اید ؟ ☐ خیر ☐ بلی بیمه پایه : ☐ تامین اجتماعی ☐ سلامت ☐ سایر ☐ ندارم

* مشخصات نفر تحت تکفل

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	*کدملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره شناسنامه
					روز	ماه	*سال	زن	مرد	مجرد	متاهل	
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												

مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن (بر حسب ریال) با احتساب ۹٪ مالیات و ارزش افزوده

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۱ تا ۷۰ سال	۷۱ سال به بالا	جمع هر ردیف	حق بیمه کل نفرات
حق بیمه نفر اصلی	۲۰,۵۰۰,۰۰۰	۳۰,۳۱۰,۰۰۰	۴۰,۱۲۰,۰۰۰		
حق بیمه سایر نفرات	۱۹,۶۲۰,۰۰۰	۲۹,۴۳۰,۰۰۰	۳۹,۲۴۰,۰۰۰		

حق بیمه دریافتی

در تاریخ / / مبلغ ریال به صورت ☐ چک ☐ قبض دستگاه POS/ATM به شماره پیگیری بانک دریافت گردید.

- (۱) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۱۵
- (۲) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۱۵
- (۳) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۱۵
- (۴) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۱۵
- (۵) چک شماره بانک مبلغ ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۵

مطابق با شرایط عمومی بیمه های درمان تکمیلی چنانچه اقساط حق بیمه بیش از ۱۰ روز از مهلت سررسید وصول نگردد خسارت (هزینه های درمان) احتمالی غیر قابل پرداخت می باشد.

کلیه شرایط ، مقررات ، فراشیزها و جدول تعهدات پیوست این بیمه نامه مورد تایید اینجانب می باشد .

مهر و امضا بیمه شده

مهر و امضا دریافت کننده اسناد