

فرم نام نویسی بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی " ۱۴۰۳-۱۴۰۴ "



متقاضی شرکت در **طرح طلایی**  **طرح نقره ای**  می باشم

*مشخصات نفر اصلی															
نام	نام خانوادگی	*کدملی	*تاریخ تولد			جنسیت		*وضعیت تاهل		*تلفن همراه	تلفن ثابت	شماره نظام پزشکی :			شماره شبدا (جهت واریز خسارتهای درمانی) \$\$\$ * نام بانک :
			روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل			تاریخ شروع قرارداد	تاریخ پایان قرارداد	تخصص :	
*در بند ذیل اگر در سال گذشته بیمه درمان تکمیلی داشته اید ذکر کنید .										*بیمه پایه					
شرکت بیمه سال قبل ..... تاریخ شروع قرارداد ..... تاریخ پایان قرارداد .....															
<input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> سلامت <input type="radio"/> سایر ( نام بیمه ) ..... <input type="radio"/> ندارم															

*مشخصات نفرات تحت تکفل															
ردیف	نام	نام خانوادگی	*کدملی	نسبت	*تاریخ تولد			جنسیت		*وضعیت تاهل		تلفن همراه	شماره نظام پزشکی :		
					روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل		تاریخ شروع قرارداد	تاریخ پایان قرارداد	تخصص :
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															

مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن ( بر حسب ریال )						
طرح طلایی			طرح نقره ای			شرح / طرح
۷۱ سال به بالا	۶۱ تا ۷۰ سال	تا ۶۰ سال	۷۱ سال به بالا	۶۱ تا ۷۰ سال	تا ۶۰ سال	شرح / تفکیک سن
۲۸۶.۱۰۰.۰۰۰	۲۱۵.۳۰۰.۰۰۰	۱۴۴.۵۰۰.۰۰۰	۲۲۳.۰۴۰.۰۰۰	۱۶۸.۰۲۰.۰۰۰	۱۱۳.۰۰۰.۰۰۰	حق بیمه نفر اصلی
۲۸۳.۲۰۰.۰۰۰	۲۱۲.۴۰۰.۰۰۰	۱۴۱.۶۰۰.۰۰۰	۲۲۰.۰۸۰.۰۰۰	۱۶۵.۰۶۰.۰۰۰	۱۱۰.۰۴۰.۰۰۰	حق بیمه سایر نفرات
<b>مجموع مبلغ نفرات:</b>						

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

۱) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۳/۱۲/۰۱	۴) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۴/۰۳/۰۱
۲) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۴/۰۱/۰۱	۵) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۱
۳) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۶) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

نکات مهم :

- در صورت عدم ثبت چک صیادی ( طرح جدید بنفش ) در سامانه بانک مربوطه تا ۷ روز بعد از تاریخ ثبت نام ، نام بیمه شده به همراه اعضا تحت تکفل از لیست نهایی ثبت نام حذف گردیده و ثبت نام ابطال میگردد ؛ و بیمه شده حق هیچ گونه اعتراض یا مطالبه ای را نخواهد داشت .
- 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.
- مهلت ثبت مدارک درمانی در سامانه سینادو یا اپلیکشن یاقوت البرز تا ۱۲۰ روز از تاریخ فاکتور می باشد . لذا به مدارکی که مهلت ثبت آن ها گذشته باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد .
- لیست جدول تعهدات و اعمال غیر مجاز در مطب ها که طبق پیوست به بیمه شده تحویل گردیده به دقت مطالعه گردد

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