شرکت نمایندگی بیمه پویا
صنعت تجارت
البرز شریف (کد ۶۶۱۰)

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

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهریار

تاریخ قرارداد ۱۴۰۴/۰۵/۰۱ الی ۱۴۰۴/۱۱/۰۱

الحاقیه ثبت نام
نوبت دوم

***مشخصات نفر اصلی**

نام	نام خانوادگی	*کدملی	*تاریخ تولد			جنسیت		*وضعیت تاهل		*تلفن همراه	تلفن ثابت
			روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل		
										۰۹	

شماره نظام پزشکی :	تخصص :
*شماره شبا(جهت واریز خسارتهای درمانی) $$ * نام بانک :	آدرس منزل :
IR	*آدرس محل کار :
*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	تامین اجتماعی ○ سلامت ○ سایر (نام بیمه) ..... ○ ندارم ○

***مشخصات نفرات تحت تکفل**

ردیف	نام	نام خانوادگی	*کدملی	نسبت	*تاریخ تولد			جنسیت		*وضعیت تاهل		تلفن همراه
					روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل	
۱												۰۹
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												

مبلغ حق بیمه برای شش ماه به تفکیک سن (بر حسب ریال)

شرح / طرح	طرح طلائی		
شرح / تفکیک سن	۰ تا ۶۰ سال	۶۱ تا ۷۰ سال	۷۱ سال به بالا
حق بیمه نفر اصلی	۷۳.۷۰۰.۰۰۰	۱۰۹.۱۰۰.۰۰۰	۱۴۴.۵۰۰.۰۰۰
حق بیمه سایر نفرات	۷۰.۸۰۰.۰۰۰	۱۰۶.۲۰۰.۰۰۰	۱۴۱.۶۰۰.۰۰۰
مجموع ملبغ نفرات			

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 ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

۲) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

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 سیناد و 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 دریافت کننده اسناد

مهر و امضا بیمه شده