



## فرم تقاضای بیمه مکمل درمان سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم

شماره عضویت نظام مهندسی:

اطلاعات بیمه شده اصلی		
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	شماره شناسنامه:
نام پدر:	تاریخ تولد:	محل تولد:
شماره حساب:	آدرس:	تلفن ثابت:
نام بانک:	شماره شبا:	همراه:

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							

ریال جمع کل حق بیمه خانوار

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 تأیید می‌شود 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 می‌شود. تاریخ: امضا بیمه شده

مدارک مورد نیاز:

ارائه کارت ملی عضو اصلی و کارت عضویت متقاضی بیمه تکمیلی