

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی استان هرمزگان

نام : نام خانوادگی : شماره عضویت :

آدرس :

کد شناسایی بیمه : آیا در سال گذشته بیمه درمان تکمیلی بوده اید؟

شماره شبا : تلفن منزل :
 تلفن همراه :
 تلفن محل کار :
 طرح انتخابی: طرح ۱ طرح ۲ طرح ۳

متقاضی بیمه	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد			کد ملی	شماره شناسنامه	حق بیمه
				روز	ماه	سال			
بیمه گذار اصلی									
همسر									
فرزند									
فرزند									
فرزند									
پدر تحت تکفل									
مادر تحت تکفل									

تذکر : حداقل تعداد بیمه شدگان در هر طرح میبایست حداقل ۲۰۰ نفر باشد. در صورتیکه طرح انتخابی شما به حدنصاب نرسد، شما میتوانید انصراف داده یا طرح دیگری را انتخاب نمایید. (چنانچه طرح انتخابی شما به حدنصاب نرسد، از طریق شماره ای که در این فرم ارائه داده اید با شما تماس گرفته خواهد شد)

احتراما بدینوسیله اینجانب ضمن تایید صحت اطلاعات مندرج در متن جدول فوق ، متقاضی استفاده از بیمه درمان تکمیلی بیمه البرز براساس قرارداد فی مابین با سازمان نظام مهندسی ساختمان می باشم و تعهد می نمایم که کلیه مبالغ مربوطه را تایید و پرداخت مینمایم و در غیر اینصورت کلیه تصمیمات متخذه توسط سازمان نظام مهندسی ساختمان استان را پذیرفته و هیچگونه اعتراض و ادعایی نخواهم داشت .
 امضا : تاریخ :

مدارک لازم: کپی کارت عضویت نظام مهندسی، کپی کارت ملی، کپی صفحات اول و دوم شناسنامه، کپی صفحه اول دفترچه بیمه، پرینت بانکی شماره شبا نحوه پرداخت حق بیمه : نقد اقساط (پنجاه درصد پیش پرداخت و مابقی در دو قسط مساوی طی دو ماه متوالی)
 مبلغ پیش پرداخت :

مشخصات چک ها : مبلغ چک تاریخ چک شماره چک نام بانک