

فرم ثبت نام درمان تکمیلی  
اعضاء سازمان نظام مهندسی ساختمان استان خوزستان  
مدت بیمه نامه از تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

حق بیمه پرداختی:

شماره رسید وجه پرداختی:

شماره فرم ثبت نام:

نام خانوادگی:	نام:
شماره بیمه (الزامی):	شماره عضویت:
شماره حساب بانک:	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
شماره شبا (۲۴ رقمی):	
تلفن ثابت:	تلفن همراه:
	آدرس:

\*توجه: جهت پرداخت خسارت، ارائه شماره حساب و شبا و نام بانک و شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی الزامی می باشد.

تاریخ تولد	کدملی	شماره شناسنامه	نام پدر	نام و نام خانوادگی	متقاضی بیمه
					اصلی
					همسر
					فرزند ۱
					فرزند ۲
					فرزند ۳
					پدر
					مادر

مدارک لازم:

- کپی شناسنامه
- کپی کارت ملی
- کپی صفحه اول دفترچه درمان (در صورت نداشتن دفترچه بیمه داشتن شماره بیمه شده الزامی می باشد).

حق بیمه هر نفر ماهیانه (سن تا ۶۰ سال) ۲/۷۰۰/۰۰۰ ریال و سالیانه هر نفر ۳۲/۴۰۰/۰۰۰ ریال می باشد.

اینجانب با آگاهی کامل از شرایط تعهدات و حق بیمه با اذعان به صحت اطلاعات ثبت شده خود و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل و مدارک مربوطه نسبت به ثبت نام اقدام و قبول نموده ام در صورت انصراف، هیچ گونه حق بیمه ای مطالبه ننمایم

نام و نام خانوادگی متقاضی:

تاریخ:

امضاء