

فرم ثبت نام درمان تکمیلی ، عمر و حوادث گروهی سال ۱۴۰۰

اعضاء محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران – شرکت سهامی بیمه البرز

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	محل تولد:	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
شماره حساب:	نام بانک:	شماره شبا (۲۴ رقمی):		
آدرس:	تلفن همراه:	شماره دفترچه بیمه پایه:	شماره نظام پزشکی:	

*** فرزندان ذکور تا سن ۲۰ سال تمام، در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سال تمام، دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه نامه می باشند.**

*** در صورتی که افراد زیر مجموعه بیمه شده اصلی به تبع او دارای دفترچه بیمه پایه باشند، تحت تکفل با فرانشیز ۲۰٪ و در غیر اینصورت غیر تحت تکفل با فرانشیز ۳۰٪ می باشند.**

*** پدر و مادر در صورت ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح (رای دادگاه) تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشند در غیر اینصورت غیر تحت تکفل تلقی میگردد.**

*** پس از انتخاب طرح مورد نظر، تغییر طرح امکانپذیر نمی باشد.**

متقاضی بیمه	نام	نام خانوادگی	نام پدر	جنسیت		شماره شناسنامه	کد ملی	شماره دفترچه بیمه پایه	نوع دفترچه بیمه پایه	تاریخ تولد			نوع تکفل		
				مرد	زن					روز	ماه	سال	تحت	غیر تحت	
فرد اصلی															
همسر															
فرزند															
فرزند															
فرزند															
پدر															
مادر															

***** با استناد به مجوز مربوطه در بیمه های عمر و حوادث وراث قانونی بعنوان ذینفع تعیین شده و سرمایه به نسبت مساوی بین آنان تقسیم میگردد*****

اینجانب با آگاهی کامل از شرایط و تعهدات قراردادها و با اذعان به صحت اطلاعات ثبت شده خود و افراد زیر مجموعه در مورخ / / ۱۴۰۰ جهت ثبت نام در طرح

محل مهر و امضاء متقاضی ثبت نام

اقدام نموده ام و متعهد می شوم در صورت انصراف هیچگونه حق بیمه ای مطالبه ننمایم .