شرکت نمایندگی بیمه پویا صنعت تجارت
البرز شریف (کد ٦٦١٠)

فرم نام نویسی بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی استان البرز " ۱۴۰-۱۴۰۰ "

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۱۴۰۰/۱۱/۰۱ الی ۱۴۰۱/۱۱/۰۱

*مشخصات نفر اصلی

نام	نام خانوادگی	*کدملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره نظام پزشکی	تخصص
			روز	ماه	*سال	زن	مرد	مجرد	متاهل		

*شماره موبایل	تلفن ثابت
۰ ۹	۰

*شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز خسارتهای درمان) ********** نام بانک :

IR

*آدرس منزل / محل کار : .....

*سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی کرج عضو بوده اید ؟ بلی ◯ خیر ◯ بیمه پایه : تامین اجتماعی ◯ سلامت ◯ سایر ◯ ندارم ◯

* مشخصات نفر تحت تکفل

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	*کدملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره شناسنامه
					روز	ماه	*سال	زن	مرد	مجرد	متاهل	
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												

مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن (بر حسب ریال) با احتساب ۹٪ مالیات و ارزش افزوده

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۱ سال به بالا	جمع هر ردیف	حق بیمه کل نفرات
حق بیمه نفر اصلی	۳۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۲۰۰,۰۰۰		
حق بیمه سایر نفرات	۳۲,۴۰۰,۰۰۰	۴۸,۶۰۰,۰۰۰		

حق بیمه دریافتی

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 ۱۴۰۰/۱۱/۲۵

۲) چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

۳)چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۱/۰۱/۲۵

۴)چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۵

۵)چک شماره ..... بانک .....مبلغ ..... ریال به تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۲۵

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.

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