

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	کدملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		مبلغ حق بیمه
					روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل	
			اصلی									
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												

* سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام پزشکی استان البرز عضو بوده اید؟ بلی خیر

آدرس مطب / منزل :

تلفن همراه تلفن ثابت

شماره نظام پزشکی : بیمه پایه تامین اجتماعی سلامت سایر ندارم

* شماره شباهت ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز هزینه های درمان) را در کادر زیر وارد کنید. * نام بانک

IR

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

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۰ سال به بالا
مبلغ حق بیمه نفر اصلی	۱۱،۳۰۰،۰۰۰	۱۶،۵۰۰،۰۰۰
مبلغ حق بیمه سایر نفقات	۱۰،۵۰۰،۰۰۰	۱۵،۷۰۰،۰۰۰

رسید حق بیمه دریافتی

در تاریخ / / مبلغ ریال به صورت چک قبض دستگاه POS/ATM به شماره پیگیری بانک دریافت گردید.

کلیه شرایط ، مقررات ، فراشیزها و جدول تعهدات این بیمه نامه مورد تایید اینجانب می باشد .

مهر و امضا بیمه شده

مهر و امضا دریافت کننده اسناد