



اینجانب آقای / خانم

مندرج در جدول ذیل را دارم .

مشخصات بیمه شده اصلی

به شماره عضویت نظام مهندسی

یامن اسمه دواء و ذکره شفاء
«فرم درخواست عضویت در قرارداد درمان تکمیلی بیمه ایران»

درخواست استفاده از قرارداد درمان تکمیلی بیمه ایران بر اساس قرارداد منعقدہ بین سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قزوین و شرکت سهامی بیمه ایران به همراه افراد تحت تکفل

نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد روز / ماه / سال	شماره شناسنامه	کدملی	وضعیت تاهل	تاریخ صدور جواز	بیمه پایه	شماره بیمه تامین اجتماعی

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نسبت با بیمه شده اصلی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد روز / ماه / سال	شماره شناسنامه	کدملی	وضعیت تکفل	وضعیت تاهل	بیمه پایه	شماره بیمه تامین اجتماعی
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											

توجه :

- شماره شبای بانکی بیمه شده اصلی و نام بانک صاحب حساب

IR

- کپی کارت ملی اصلی وکپی صفحه اول و دوم شناسنامه اصلی و اعضا تحت تکفل و کپی صفحه اول دفترچه تامین اجتماعی .
- کپی کارت نظام مهندسی ساختمان استان قزوین . خواهشمنداست کلیه مدارک ثبت نام را به تلفن ۰۹۱۲۱۸۲۰۲۲۳ شرکت حدیث واتسآپ فرمایید. از پذیرش مدارک به صورت دستی معذوریم .
- فرانشیز ۳۰٪ و برای پدر و مادر غیر تحت تکفل فرانشیز ۴۰٪ می باشد.

* دوره انتظار برای زایمان برای افرادی که در لیست سال گذشته نبوده اند ۹ ماه می باشد. و تاریخ شروع قرارداد ۹۹/۰۱/۰۱ الی ۴۰۰/۰۱/۰۱ می باشد.

* مطابق ماده ۱۳ مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشدو در مورد هزینه پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود.

در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با شماره تلفن ۳۳۳۲۷۸۷۸ شرکت خدمات بیمه حدیث داخلی ۱۰۲ و ۱۰۵ و ۱۰۶ تماس حاصل فرمایید. در ضمن خواهشمند است تلفن همراه و تلفن ثابت و آدرس کامل خود را در فرم قید نمایید.

نشانی و تلفن منزل ::

حق بیمه سالانه هر یک از بیمه شدگان با احتساب ۹ درصد مالیات تا سن ۶۰ سال تمام مبلغ -/۱۱,۱۲۰,۰۰۰ ریال میباشد و از ۶۰ تا ۷۰ سال تمام با ۵۰٪ افزایش مبلغ -/۱۶,۶۸۰,۰۰۰ ریال و از ۷۰ سال به بالا با ۱۰۰٪ افزایش مبلغ -/۲۲,۲۴۰,۰۰۰ ریال تعیین میگردد .
۴۰ درصد حق بیمه به صورت نقدی دریافت میشود و مابقی در تاریخ ۹۹/۰۷/۱۰ و ۹۹/۰۵/۱۰ دریافت میگردد. قابل ذکر است در صورت ارائه چک ، امضا یک عضو سازمان به عنوان ضمانت در پشت چک به همراه کپی کارت عضویت ایشان الزامی می باشد.

امضای متقاضی

ریال . لطفاً مبلغ حق بیمه را به شماره کارت ۶۲۲۱۰۶۱۲۱۹۳۸۵۰۱۲ و یا شماره حساب ۴۷۰۰۰۹۵۶۰۴۹۶۰۷ به نام فاطمه صمیمی بانک پارسیان واریز نمایید.

جمع کل حق بیمه :

ریال

مبلغ نقد:

ریال دریافت شد.

به مبلغ

به تاریخ

چک شماره :

امضاء دریافت کننده

ریال دریافت شد .

به مبلغ

به تاریخ

چک شماره :

چک و وجه نقد