

فرم اعضا و پرسنل سازمان نظام مهندسی سیستان و بلوچستان جهت ثبت نام بیمه تکمیل درمان

مشخصات فردی:

کدملی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	محل صدور	ش.ش	شماره عضویت	همراه	شماره دفترچه درمانی
				/ /					
آدرس									

مشخصات افراد تحت تکفل:

کدملی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	محل صدور	ش.ش	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی	شماره دفترچه درمانی
				/ /					
				/ /					
				/ /					
				/ /					
				/ /					

مشخصات حساب بانکی:

بانک	کد شعبه	شماره کارت	شماره شبا

تذکره:

1. تاریخ پوشش بیمه از 1400/03/01 لغایت 1401/03/1 می باشد.
2. اضافه نرخ برای افراد تحت تکفل به شرح ذیل می باشد.  
تا 60 سال تمام: 1/362/500 ریال با احتساب مالیات ارزش افزوده  
از 61 تا 70 سال: 2/043/750 ریال با احتساب مالیات ارزش افزوده  
از 71 سال به بالا: 2/725/000 ریال با احتساب مالیات ارزش افزوده
3. مدارک لازم: - تصویر صفحه اول دفترچه درمانی - تصویر کارت ملی - تصویر کارت عضویت معتبر
- 4- شماره حساب جهت واریز وجه حق بیمه 2568432137 به نام سازمان نظام مهندسی می باشد.

تمام موارد فوق تکمیل شد

امضا بیمه شده اصلی

تاریخ: