

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
				/ /					
<b>آدرس</b>									

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:

- تاریخ پوشش بیمه از ۱۳۹۹/۰۳/۰۱ لغایت ۱۴۰۰/۰۲/۳۱ می باشد.
- اضافه نرخ برای افراد تحت تکفل به شرح ذیل می باشد.  
تا ۶۰ سال تمام: ۸۲۶/۱۱۱ ریال با احتساب مالیات ارزش افزوده  
از ۶۱ تا ۷۰ سال: ۲۳۹/۱۶۶ ریال با احتساب مالیات ارزش افزوده  
از ۷۱ سال به بالا: ۱/۶۵۲/۲۲۲ ریال با احتساب مالیات ارزش افزوده
- مدارک لازم: - تصویر صفحه اول دفترچه درمانی - تصویر کارت ملی - تصویر کارت عضویت معتبر
- شماره حساب جهت واریز وجه حق بیمه ۲۵۶۸۴۳۲۱۳۷ به نام سازمان نظام مهندسی می باشد.

تمام موارد فوق تکمیل شد

امضا بیمه شده اصلی

تاریخ: