

(پرستاشنامه مشخصات بیمه شدگان بیمه درمان تکمیلی گروهی)

لطفاً فرم را با دقت و بعد از تکمیل فرم بدهید.

نام:

نام خانوادگی:

شماره ملی بانکی:

فرمانده: _____ شماره شناسنامه / کد ملی: _____ محل صدور: _____

تاریخ تولد: روز / ماه / سال: _____

بابت بیمه ایجاب می‌گردد با توجه به انعقاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی انجمن مهندسان مشاوران مابین بر ارائه پوشش درمان تکمیلی بیمه سنیاً جهت انعقاد و طرف تحت تکفل در طول مدت اعتبار قرارداد همین خود را به استفاده از پوشش فوق التکفل شرح اول اعلام نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه / کد ملی	مستاجر	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نسبت
1						مستاجر
2						فرزند
3						فرزند
4						فرزند
5						پدر (بیمه شده اصلی)
6						مادر (بیمه شده اصلی)

تکلیف تکمیلی: ثابت / متغیر

تاریخ: _____

توجه:

- 1) نامین پوشش برای بیمه شدگان اصلی مربوط به ارائه صرفاً مستوفی ذیل بر خصوصیت در انجمن مهندسان مشاوران می باشد.
- 2) هر یک از اعضا شرکتها در صورت اعلام اسمی افراد تحت تکفل می بایست کلیه افراد تحت تکفل خود را شرح مشخصه نوم شناسنامه اعلام نمایند (اینهمه است بر صورتی که کلیه اعضای از اعضا تحت تکفل تکلفی باشد) پوشش مذکور صرفاً جهت بیمه شده اصلی ارائه می گردد.
- 3) فرزندان مذکور حداقل تا سن 21 سالگی نامم و در صورت اشتغال به تحصیل (بزرگسالان) تا سن 25 سالگی و فرزندان دختر تا زمان تولد ازواج و یا اشتغال می تواند تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گیرد.
- 4) پدر و مادر بیمه شده اصلی مشروط بر اینکه تحت تکفل بوده و دارای دفترچه بیمه سازمان تامین اجتماعی باشد می تواند از طریق بیمه شده اصلی بکنند تحت پوشش قرار خواهند گرفت.
- 5) ارائه شماره ملی بانکی ضرورت جهت واریزی خسارت الزامی می باشد.
- 6) دوره اعتبار برای بیمه شده گان جدید از پاره 1 تا 9 ماه و برای اصل های جراحی 6 ماه از تاریخ شروع قرار داد می باشد.

تکلیف واریز: _____ مبلغ: _____