 فرم ثبت نام بيمه تكميلي درمان ، عمر و حادثه اعضاء سازمان 1401-1400

سازمان نظام مهندسي ساختمان استان كردستان

احتراماَ ، اينجانب ................................. داراي عضويت سازمان به شماره ........................... تقاضاي ثبت نام بيمه تكميلي درمان ، عمر و حادثه جهت خود و تعداد ...... نفر افراد تحت تكفل با مشخصات زير را دارم .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام | نام خانوادگي | نام پدر | ش ش | تاريخ تولد | | | محل صدور | كد ملي  ( 10 رقم ) | | | | | | | | | | اصلی | تحت تکفل | | | شماره همراه | شماره شبا 24 رقمی حساب بانکی جهت واریز هزینه ها |
| همسر | پسر | دختر |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IR |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

توضيحات :

* تكميل اين فرم به منزله درخواست قطعي و ثبت نام مي باشد . بنابراين در صورت انصراف مي بايست به صورت كتبي مراتب به اطلاع سازمان برسد . بدیهی است حق بیمه از تاریخ پوشش تا زمان ثبت درخواست انصراف در دبیر خانه سازمان ، محاسبه خواهد شد .
* تحت تكفل به فردي اطلاق مي گردد كه دفترچه خدمات درماني ( بيمه گر اول ) وي به واسطه فرد اصلي صادر شده باشد .
* فرزندان ذكور 22 سال به بالا فقط با ارائه گواهي تحصيل مي توانند تحت پوشش قرار گيرند .
* فرزندان دختر 22 سال به بالا در صورت عدم ازدواج و با ارائه اصل و تصوير صفحات اول و دوم شناسنامه تحت پوشش قرار می گيرند .
* خواهشمند است نسبت به مطالعه دقیق شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درج شده در سایت سازمان اقدام لازم معمول و سپس ثبت نام به عمل آید .
* برخی از هزینه های درمان برای افرادیکه برای اولین بار تحت پوشش قرار می گیرند مشمول دوران انتظار می باشد . ( به قسمت توضیحات جدول تعهدات رجوع گردد )

اينجانب ............................با آگاهي كامل از تعهدات و هزينه حق بيمه و شرايط بيمه نامه ثبت نام نموده و متعهد مي شوم كه نسبت به پرداخت حق بيمه متعلقه اقدام نمايم . مهرو امضاء متقاضي