فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث جمعی اعضاء محترم سازمان نظام مهندسی استان البرز

بیمه شده اصلی	• نام و نام خانوداگی: شماره نظام مهندسی : • شماره شناسنامه : کد ملی: • تاریخ تولد: شماره تماس : • شماره حساب و شماره شبا (جهت واریز خسارت): **نوع عضویت : ۱) پرسنل ۲) اعضاء**

	نام و نام خانوادگی	کدملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده اصلی
افراد تحت پوشش				

بیمه عمر و حوادث جمعی	۱–پرداخت غرامت فوت (بجز حادثه)	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ریال
	۲–پرداخت غرامت فوت ناشی از حادثه (با احتساب بند یک)	۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
	۳– پرداخت غرامت نقص عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه حداکثر تا	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

حق بیمه سالیانه هر نفر(با مالیات)	۱/۰۱۳/۷۰۰ ریال

تذکر :

۱– والدین بین ۶۰ تا ۷۰ سال با ۵۰ درصد افزایش حق بیمه و والدین بالاتر از ۷۰ سال با ۱۰۰ درصد افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار میگیرند.

۲– هزینه های دندانپزشکی مربوط به والدین محترم تحت پوشش نمی باشد.

۳– بیمه شده اصلی علاوه بر حق بیمه درمان ملزم به پرداخت حق بیمه عمر و حوادث نیز می باشد.

۴– در صورت درخواست پوشش بیمه عمر و حوادث جهت سایر اعضاء خانواده مبلغ بیمه عمر و حادثه به مبلغ درمان اضافه خواهد شد.

۵– نحوه پرداخت حق بیمه(۲۵ ٪ نقد مابقی حداکثر طی ۴ قسط (در وجه حساب شماره ۱۷۷۶۳۳۳۳۳۳۰۷ بانک سپه به نام شرکت بیمه کوثر))

۶- پوشش بیمه درمان جهت کلیه اعضاء خانواده الزامی است.

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام :

۱ -تصویر کارت نظام مهندسی ۲– تصویر کلیه صفحات شناسنامه بیمه شده اصلی ۳– تصویر کارت ملی کلیه نفرات