



فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی



شماره نظام پزشکی / کد پرسنلی / کد عضویت : نام : نام خانوادگی :

تاریخ تولد : / / نام پدر : شماره شناسنامه :

کد ملی : جنسیت : متاهل مجرد وضعیت تاهل : متاهل مجرد

تاریخ استخدام : / / بیمه گر نوع اول : کد شناسه بیمه :

نوع شغل : Email :

آدرس منزل : کد تلفن منزل :

تلفن همراه : کد تلفن داروخانه :

آیا در سال قبل بیمه درمان تکمیلی بوده اید ؟ تاریخ انقضاء بیمه نامه قبلی :

متقاضی بیمه	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			حق بیمه
					روز	ماه	سال	
فرد اصلی								
همسر								
فرزند ۱								
فرزند ۲								
فرزند ۳								
پدر								
مادر								
						جمع کل		

توجه : میزان فرانشیز برای بیمه شده گان صفر % می باشد .

اینجانب با مطالعه کامل بروشور اطلاعاتی ثبت نام بیمه درمان تکمیلی ، عمر و حادثه از طریق بیمه ایران و با اطلاع کامل از حق بیمه ، شرایط ، تعهدات و خدمات تحت پوشش ، اقدام به ثبت نام نموده ام و مبلغ ریال طی فیش شماره مورخ به حساب شماره ۳۳۶۵۱۸۸۱۸۰ بانک ملت بنام نمایندگی ۶۲۲۵ بیمه ایران حسین جمال واریز نموده و فیش واریزی به همراه کپی شناسنامه و کپی دفترچه بیمه افراد فوق به همراه کارت بیمه درمان تکمیلی سال قبل (در صورت بیمه بودن در سال گذشته) و یک قطعه عکس همه افراد و گواهی اشتغال به تحصیل برای فرزند ذکور ۲۰-۲۵ سال را به پیوست ارسال نمودم . شماره کارت جهت واریز حق بیمه از طریق اینترنت یا عابر بانک ۶۱۰۴ ۳۳۷۰ ۴۵۹۹ ۸۹۳۵ میباشد .

امضاء و مهر متقاضی