

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان سمنان
فرم تقاضا و تعهد بیمه تکمیلی درمان سال ۱۴۰۳ - ۱۴۰۲

مشخصات بیمه شده

شماره شناسنامه:	نام پدر:	نام و نام خانوادگی :
شماره ملی:	جنسیت:	تاریخ تولد(روز -ماه -سال):
شماره بیمه:	وضعیت تاهل:	آدرس و تلفن منزل:
تلفن همراه:	تلفن ضروری:	شماره عضویت نظام مهندسی:

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد (روز -ماه -سال)	شماره شناسنامه	کد ملی	شماره دفترچه بیمه پایه	نسبت با بیمه شده	جنسیت
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

فیش نقدی و چک های صیادی مشروحه ذیل از آقا / خانم دریافت گردید:

شماره فیش نقدی	تاریخ فیش	بانک	نام صاحب حساب	مبلغ
شماره چک صیادی	تاریخ چک	بانک	نام صاحب حساب	مبلغ

احتراما بدینوسیله اینجانب ضمن تأیید صحت اطلاعات مندرج در متن فوق ، متقاضی استفاده از بیمه درمان تکمیلی بیمه کوثر بر اساس قرارداد فی ما بین با سازمان نظام مهندسی می باشم و تعهد می نمایم که کلیه مبالغ مربوطه را پرداخت نمایم . در غیر اینصورت کلیه تصمیمات متخذه توسط سازمان نظام مهندسی ساختمان استان سمنان را پذیرفته و هیچگونه اعتراض و ادعایی نخواهم داشت.

اعلام شماره شبا بابت واریز خسارات بیمه تکمیلی:

امضاء :

تاریخ: