

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان سمنان
فرم تقاضا و تعهد بیمه تکمیلی درمان سال ۱۴۰۵ - ۱۴۰۶

مشخصات بیمه شده

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

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 شرکت 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:

مدارک مورد نیاز:

- ۱- کپی شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل
- ۲- کپی کارت ملی بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل
- ۳- کپی کارت عضویت
- ۴- چک صیادی ثبت شده و ارائه مستندات ثبت چک در سامانه صیاد
- ۵- شرایط پرداخت یک ششم نقد و مابقی طی ۵ فقره چک صیادی بنام عضو

تاریخ و امضاء: