



ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	کد ملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		مبلغ حق بیمه
					روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل	
۱			اصلی									
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
جمع مبلغ حق بیمه												

آدرس محل کار / منزل :

تلفن همراه: تلفن ثابت:

شماره نظام مهندسی: رشته: بیمه پایه: تامین اجتماعی سلامت سایر ندارم

* شماره شبا ۲۴ رقمی حساب (جهت واریز هزینه های درمان) را در کادر زیر وارد کنید. * نام بانک

IR

مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن (بر حسب تومان)		
شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۰ سال به بالا
حق بیمه نفر اصلی	۹۸۴.۰۰۰	۱.۴۶۴.۰۰۰
حق بیمه هر نفر تحت تکفل	۹۶۰.۰۰۰	۱.۴۴۰.۰۰۰

اطلاعات پرداخت حق بیمه

پیش پرداخت (ریال): شماره فیش: تاریخ:

اقساط

مبلغ (ریال):	شماره چک:	تاریخ چک:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	۹۸/۱/۲۵
مبلغ (ریال):	شماره چک:	تاریخ چک:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	۹۸/۴/۲۵
مبلغ (ریال):	شماره چک:	تاریخ چک:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	۹۸/۶/۲۵

کلیه شرایط، مقررات، فراشیزها و جدول تعهدات این بیمه نامه مورد تایید اینجانب می باشد.

نام و امضاء بیمه شده

مهر و امضا دریافت کننده مدارک