سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع
طبیعی کشور
موسسه صندوق تعاون و رفاه

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	کدملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره شناسنامه	مبلغ حق بیمه
					روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل		
۱			اصلی										
۲													
۳													
۴													
۵													
												جمع مبلغ حق بیمه	

آدرس محل کار/ منزل : .....

تلفن همراه | ۰ | ۹ | | | | | | | | | |

تلفن ثابت | | | | | | | | | | کد :

شماره نظام مهندسی : | رشته:

بیمه پایه ○ تامین اجتماعی ○ سلامت ○ سایر ○ ندارم

*شماره شبا ۲٤ رقمی حساب (جهت واریز هزینه های درمان) را در کادر زیر وارد کنید. * نام بانک

IR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

	میزان سن	حق بیمه اضافی	حق بیمه سالانه	پیش پرداخت	قسط ۱۲/۱۵	قسط ۲/۱۵	قسط ۴/۱۵	جمع کل
طرح ۱	از ۱ الی ۵۹ سال	۰	۴۱,۱۰۰,۰۰۰	۱۶,۴۴۰,۰۰۰	۸,۲۲۰,۰۰۰	۸,۲۲۰,۰۰۰	۸,۲۲۰,۰۰۰	۴۱,۱۰۰,۰۰۰
	از ۶۰ الی ۶۹ سال	۵۰٪	۶۱,۶۵۰,۰۰۰	۲۴,۶۶۰,۰۰۰	۱۲,۳۳۰,۰۰۰	۱۲,۳۳۰,۰۰۰	۱۲,۳۳۰,۰۰۰	۶۱,۶۵۰,۰۰۰
	از ۷۰ سال به بالا	۱۰۰٪	۸۲,۲۰۰,۰۰۰	۳۲,۸۸۰,۰۰۰	۱۶,۴۴۰,۰۰۰	۱۶,۴۴۰,۰۰۰	۱۶,۴۴۰,۰۰۰	۸۲,۲۰۰,۰۰۰

	میزان سن	حق بیمه اضافی	حق بیمه سالانه	پیش پرداخت	قسط ۱۲/۱۵	قسط ۲/۱۵	قسط ۴/۱۵	جمع کل
طرح ۲	از ۱ الی ۵۹ سال	۰	۶۷,۵۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	۶۷,۵۰۰,۰۰۰
	از ۶۰ الی ۶۹ سال	۵۰٪	۱۰۱,۲۵۰,۰۰۰	۴۰,۵۰۰,۰۰۰	۲۰,۲۵۰,۰۰۰	۲۰,۲۵۰,۰۰۰	۲۰,۲۵۰,۰۰۰	۱۰۱,۲۵۰,۰۰۰
	از ۷۰ سال به بالا	۱۰۰٪	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰

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

مهر و امضا دریافت کننده اسناد

مهر و امضا بیمه شده