



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



فرم پیشنهاد بیمه نامه درمان تکمیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	سال تولد			جنسیت		وضعیت تاهل		شماره شناسنامه	مبلغ حق بیمه
					روز	ماه	سال	زن	مرد	مجرد	متاهل		
۱													
۲													
۳													
۴													
جمع مبلغ حق بیمه													

آدرس محل کار / منزل :

نوع طرح انتخابی

مبلغ :

تلفن همراه

☐ تامین اجتماعی
 ☐ سلامت
 ☐ سایر
 ☐ ندارم

بیمه پایه

رشته:

شماره نظام مهندسی :

* نام بانک

* شماره شبا ۲۴ رقمی حساب بیمه شده اصلی (جهت واریز هزینه های درمان)

IR

طرح	میزان سن	حق بیمه اضافی	حق بیمه سالانه	پیش پرداخت	قسط ۱۴۰۴/۱۲/۱۵	قسط ۱۴۰۵/۰۲/۱۵	قسط ۱۴۰۵/۰۴/۱۵	جمع کل
۱	از ۱ الی ۵۹ سال	۰	۱۰۴.۰۰۰.۰۰۰	۴۱۶.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۸۰۰.۰۰۰	۲۰.۸۰۰.۰۰۰	۲۰.۸۰۰.۰۰۰	۱۰۴.۰۰۰.۰۰۰
	از ۶۰ الی ۶۹ سال	۵۰٪	۱۵۶.۰۰۰.۰۰۰	۶۲۴.۰۰۰.۰۰۰	۳۱.۲۰۰.۰۰۰	۳۱.۲۰۰.۰۰۰	۳۱.۲۰۰.۰۰۰	۱۵۶.۰۰۰.۰۰۰
	از ۷۰ سال به بالا	۱۰۰٪	۲۰۸.۰۰۰.۰۰۰	۸۳۲.۰۰۰.۰۰۰	۴۱.۶۰۰.۰۰۰	۴۱.۶۰۰.۰۰۰	۴۱.۶۰۰.۰۰۰	۲۰۸.۰۰۰.۰۰۰

طرح	میزان سن	حق بیمه اضافی	حق بیمه سالانه	پیش پرداخت	قسط ۱۴۰۴/۱۲/۱۵	قسط ۱۴۰۵/۰۲/۱۵	قسط ۱۴۰۵/۰۴/۱۵	جمع کل
۲	از ۱ الی ۵۹ سال	۰	۱۳۲.۰۰۰.۰۰۰	۵۲۸.۰۰۰.۰۰۰	۲۶.۴۰۰.۰۰۰	۲۶.۴۰۰.۰۰۰	۲۶.۴۰۰.۰۰۰	۱۳۲.۰۰۰.۰۰۰
	از ۶۰ الی ۶۹ سال	۵۰٪	۱۹۸.۰۰۰.۰۰۰	۷۹۲.۰۰۰.۰۰۰	۳۹.۶۰۰.۰۰۰	۳۹.۶۰۰.۰۰۰	۳۹.۶۰۰.۰۰۰	۱۹۸.۰۰۰.۰۰۰
	از ۷۰ سال به بالا	۱۰۰٪	۲۶۴.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۵۶.۰۰۰.۰۰۰	۵۲.۸۰۰.۰۰۰	۵۲.۸۰۰.۰۰۰	۵۲.۸۰۰.۰۰۰	۲۶۴.۰۰۰.۰۰۰

سامانه سانکا <https://sanka.agrieng.org>



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



فرم پیشنهاد بیمه نامه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

نحوه پرداخت حق بیمه :

نقد :	اقساط :
-------	---------

نقد	مبلغ	تاریخ واریز :	
اقساط	پیش پرداخت ۴۰ درصد	مبلغ چک اول	مبلغ چک سوم
		۱۴۰۴/۱۲/۱۵	۱۴۰۵/۰۴/۱۵

چک های صادر شده در وجه صندوق تعاون و رفاه به شناسه ملی ۱۰۰۶۲۳۵۳۶ جهت ثبت چک صیاد

❖ آدرس ارسال چک ها : تهران ، بلوار کشاورز ، خیابان عبدالله زاده ، کوچه شهرستمی ، پلاک ۲

❖ کد پستی: ۱۴۱۵۶۳۳۸۶۱ تلفن: ۸۸۹۹۳۸۵۱ الی ۳ تلگرام: ۰۹۱۹۳۸۳۵۱۱۶

❖ در صورتی که تا ۱۰ روز پس از ثبت نام شما در سامانه سانکا <https://sanka.agrieng.org> یا مراجعه حضوری ، چک ها ثبت سامانه صیاد و ارسال نگردد ثبت نام شما کم لن یکن تلقی میگردد و وجه پیش پرداخت به شما عودت نخواهد شد .

❖ برای اطلاع از مراکز ارائه خدمات درمان و همچنین شعب واحد خسارات بیمه نوین در سراسر کشور به سایت <https://novininsurance.com> مراجعه نمایید .

اینجانب بیمه گذار امضا کننده این پیشنهاد اعلام می دارم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از کلیه مفاد و مندرجات بیمه نامه شامل تعهدات ، حق بیمه و فرانشیز اطلاع دقیق و کامل حاصل نموده ام .

نام و نام خانوادگی بیمه گذار / تاریخ / امضاء