

فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴

تاریخ:

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	ش ش	شماره ملی	محل تولد	شماره عضویت	تاریخ تولد	سن	نسبت	تکفل (بله یا خیر)
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											

تلفن همراه: تلفن ثابت: شماره پرسنلی (ویژه کارمندان سازمان):

نشانی:

شماره شبا بیمه شده اصلی: بانک:

شماره فیش واریز به مبلغ ۲۸،۵۰۰،۰۰۰ ریال به شماره حساب ۲۲۹۱۵۶۰۱۱۶ بانک تجارت: به تاریخ:

ثبت چک صیادی به مبلغ ۲۸،۵۰۰،۰۰۰ ریال (برای هر نفر)، تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۱۵ به نام سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کرمان با شناسه ملی ۱۴۰۱۰۰۰۳۸۹۲ شناسه صیادی چک:

مدارک لازم: کپی کارت عضویت، کارت ملی و شناسنامه همه افراد

سال قبل بیمه تکمیل درمان بوده ام. بله خیر نام شرکت بیمه:

دوره انتظار زایمان براساس آئین نامه ۹۹ نه ماه و بیماری های مزمن سه ماه برای کلیه بیمه شدگان می باشد.

تمام موارد بالا مورد تایید است. امضا