

فرم تقاضای بیمه درمان SOS (کمک رسان ایران) انجمن طراحان گرافیک (فرم شماره ۲)

چنانچه عضو انجمن نمی باشید نام و شماره عضویت معرف شما در انجمن الزامی است.

نام و نام خانوادگی معرف	شماره عضویت	نمونه امضا
-------------------------	-------------	------------

شماره عضویت:	
نام و نام خانوادگی:	نام پدر: تاریخ تولد:
شماره شناسنامه:	کد ملی: بیمه گر اول:
نام بانک و شماره شبا :	
تلفن ثابت:	تلفن همراه:
جدول ذیل برای همسر و فرزندان تحت تکفل می باشد.	

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد / /	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	بیمه گر اول
۱-						
۲-						
۳-						
۴-						

۱- به همراه داشتن کپی صفحه اول و دوم شناسنامه، کپی کارت ملی، فیش واریزی برای هر نفر الزامیست (ثبت نام تمدیدی نیاز به صفحه اول و دوم شناسنامه ندارد.)

۲- مبلغ حق بیمه سالیانه درمان برای گروه سنی ۰ تا ۶۰ سال ۲۲۷/۵۲۰/۰۰۰ ریال می باشد.

مبلغ حق بیمه سالیانه درمان برای گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال ۳۴۱/۲۸۰/۰۰۰ ریال می باشد.

مبلغ حق بیمه سالیانه درمان برای گروه سنی ۷۰ تا ۸۰ سال به بالا ۴۵۵/۰۴۰/۰۰۰ ریال می باشد.

هشتاد سال به بالا ۹۱۰/۰۸۰/۰۰۰ ریال

شماره حساب بانک ملت: ۴۰۹۱۷۵۵۶۶۶

شماره شبا: IR410120020000004091755666 به نام شرکت بیمه آسماری

اصل مدارک همه روزه به آدرس تهران، خیابان مطهری خیابان میرعماد کوچه یازدهم (میرعماد) پلاک ۹ ارسال گردد.

شماره تماس: ۰۹۱۹۷۵۸۹۲۹۰-۸۸۱۷۰۲۰۹-۸۸۱۷۱۰۶۸-۸۸۱۷۰۲۱۰

***لطفاً برای هر نفر به صورت جداگانه فیش بانکی واریز فرمائید و در فیش قید گردد بابت بیمه درمان تکمیلی**

آسماری کد ۱۱۴۷