

فرم تقاضای بیمه درمان SOS (کمک رسان ایران) انجمن طراحان گرافیک (فرم شماره ۱)

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 ۱۴۱/۱۲۰/۰۰۰ ریال می باشد.

مبلغ حق بیمه سالیانه درمان برای گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال ۲۱۱/۶۸۰/۰۰۰ ریال می باشد.

مبلغ حق بیمه سالیانه درمان برای گروه سنی ۷۰ تا ۸۰ سال به بالا ۲۸۲/۲۴۰/۰۰۰ ریال می باشد.

هشتاد سال به بالا: ۵۶۴/۴۸۰/۰۰۰ 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