

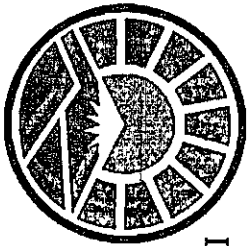
نام شرکت: / / تاریخ: ۱۳۹ / /

جدول حق بیمه تکمیل درمان سال ۲۳۹۷

بر اساس سقف سنی

حق بیمه ۱۲ ماه	حق بیمه ماهیانه	سقف سنی	تعداد	سقف سنی	وضعیت و تعداد اعضای تحت پوشش:
ریال ۷۸۰۰۰۰۰۰	ریال ۶۵۰۰۰۰۰	از سن ۰ تا ۱۰ سال	تفر.....	زیر ۶۰ سال	تعداد کل نفرات تحت پوشش به تفکیک سقف سنی:
ریال ۱۱,۷۰۰,۰۰۰	ریال ۹۷۵,۰۰۰	از سن ۱۱ تا ۷۰ سال	تفر.....	۶۰ تا ۷۰ سال	
ریال ۱۵,۶۰۰,۰۰۰	ریال ۱,۳۰۰,۰۰۰	از سن ۷۱ تا ۲۰۰ سال	تفر.....	۷۰ سال به بالا	

IRAN INSURANCE CO. 34035



شرکت سهامی
تعمیرات

تعداد کلی نفرات اصلی	توضیحات:
تعداد کلی نفرات تحت تکفل	تفر اصلی: کارمند حامل یا بازنشسته که بیمه پایه وی از طریق شرکت ارسال میشود.
تعداد کلی نفرات غیر تحت تکفل	تحت تکفل: اعضای خانواده شامل همسر، فرزندان، پدر و مادر کارمند شرکت که بیمه پایه آنها از طریق تفر اصلی ارسال میشود.
	غیر تحت تکفل: سایر بستگان مانند برادر، خواهر و... که بیمه پایه آنها از طریق تفر اصلی ارسال میشود.

مجموع نفرات:

اینجانب مدیریت شرکت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.

امضاء / مهر تاریخ

فرم شماره ۱ - ثبت نام اولیه کارکنان

تاریخ: ۱۳۹ / /

نام شرکت:

مشخصات کارکنان

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	کد ملی	بیمه پایه	شماره دفترچه بیمه	وضعیت تاهل	نام بانکی
۱			۱۳ / /							

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	کد ملی	بیمه پایه	شماره دفترچه بیمه	وضعیت تاهل	نسبت با نفر اصلی
۱			۱۳ / /							
۲			۱۳ / /							
۳			۱۳ / /							
۴			۱۳ / /							
۵			۱۳ / /							

اینجانب اعلام می نمایم که کارمند شاغل در شرکت می باشم و صحت مندرجات فوق را تأیید مینمایم و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشم.

اینجانب مدیریت شرکت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم و در صورت عدم وارز حق بیمه متعهد به پرداخت آن مینباشم.

امضاء / مهر

تاریخ

- ❖ خواهشمند است اطلاعات را به صورت دقیق و خوانا ثبت نمایید. در غیر این صورت مسؤلیت هر گونه مغایرت به عهده بیمه شده میباشد.
- ❖ مدارک مورد نیاز: کپی کارت ملی، کپی صفحه اول شناسنامه، کپی صفحه اول دفترچه بیمه