

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.

شماره عضویت	نام و نام خانوادگی معرف
-------------	-------------------------

شماره عضویت: .....	
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:
تاریخ تولد:	
شماره شناسنامه:	کد ملی:
<b>نام بانک و شماره شبا:</b>	
آدرس محل سکونت:	
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-						
۵-						
۶-						

۱- به همراه داشتن کپی صفحه اول و دوم شناسنامه، کپی کارت ملی، الزامیست.

۲- مبلغ حق بیمه سالیانه برای گروه سنی ۰ تا ۶۰ سال ۱۶/۲۰۰/۰۰۰ ریال می باشد.

مبلغ حق بیمه سالیانه برای گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال ۲۴/۳۰۰/۰۰۰ ریال می باشد.

مبلغ حق بیمه سالیانه برای گروه سنی ۷۰ سال به بالا ۳۲/۴۰۰/۰۰۰ ریال می باشد.

۳- شماره شبا و بانک مورد نظرمقتضای:

شماره حساب انجمن جهت واریز حق بیمه برای هر نفر: ۲۹۶۸۱۰۰۱۰۷۰۳۲۹۲

\*لطفاً برای هر نفر به صورت جداگانه فیش بانکی واریز فرمائید.