

درخواست نام‌نویسی بیمه تکمیل درمان (بیمه رازی)

مشخصات بیمه شده اصلی

نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	شماره ملی	نام پدر	کد عضویت	شماره شبها	کد بیمه

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره ملی	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	کد بیمه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							

لازم به ذکر است که بعد از پرداخت حق بیمه، در صورت انصراف بیمه شده، تحت هیچ شرایطی هیچگونه وجهی بازپس داده نخواهد شد. پوشش‌ها از تاریخ ۱۳۹۶/۱۲/۰۱ تا تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۳۰ (لحاظ حداکثر مدت سه ماه برای ارائه اسناد و مدارک مربوط از تاریخ هزینه الزامی است) و مدت زمان پرداخت خسارت بیمه درمان ۹۰ روز است. مسئولیت صحت اطلاعات بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل به عهده شخص بیمه شده اصلی است.

این‌جانب با آگاهی کامل از تعهدات و سقف پوشش‌های بیمه و قوانین و مقررات مربوط، درخواست و موافقت خود را برای پرداخت مبلغ ریال (در صورت ثبت نام بیش از ۱۰۰۰ نفر) و صدور بیمه‌نامه اعلام می‌دارم.

مهر و امضای نماینده بیمه

مهر و امضا - اثر انگشت

تلفن همراه:

تلفن ثابت: