



### با دقت تکمیل شود

با سلام و احترام اینجانب ..... دارنده شماره حساب ..... و نوع حساب ..... از بانک .....  
شعبه ..... با کد شعبه ..... و شماره شبای ..... با مشخصات مندرج در جدول زیر متقاضی  
بیمه تکمیلی از شرکت بیمه کوثر برای تعداد ..... نفر از تاریخ ۱۴۰۳/۳/۱ تا ۱۴۰۴/۳/۱ با قبول کلیه مواردی که در ذیل آمده است، می باشم.

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	محل صدور	شماره تماس	آدرس و کد پستی

### با دقت مطالعه شود

- ۱- مبلغ فرانشیز محاسبه خواهد شد.
- ۲- بیمه شده مکلف است مدارک خود را حداکثر ظرف مدت ۶ ماه از تاریخ صدور هزینه های درمانی و فاکتورهای مرتبط به آن با مستندات کامل به نماینده شرکت بیمه کوثر تحویل نماید.

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره ملی ..... و شماره ی نظام مهندسی ..... ضمن اعلام موافقت با انعقاد قرارداد بیمه ی تکمیل درمان سازمان با شرکت بیمه کوثر بدینوسیله به سازمان نظام مهندسی ساختمان استان خراسان جنوبی وکالت میدهم که چنانچه به هر دلیلی اینجانب و یا افراد تحت تکفل و یا معرفی شده از طرف من نسبت به پرداخت حق بیمه تعهد شده تکمیل درمان نزد شرکت بیمه کوثر در موعد مقرر عمل ننماید، به موجب این استیجازه سازمان نظام مهندسی استان مجاز می باشد حق بیمه معوق را از محل مطالبات سابق، حال و یا آینده اینجانب (حق الزحمه کارهایی که بعد توسط سازمان به این جانب ارجاع خواهد شد) از سازمان نظام مهندسی استان را راسا و بدون اخذ هیچگونه مجوز دیگری برداشت و به شرکت بیمه کوثر پرداخت نماید. بدیهی است استیجازه پیش گفته شده رافع مسئولیت اینجانب در عمل به تکلیف در خصوص پرداخت حق بیمه تکمیل درمان نزد شرکت بیمه کوثر نمی باشد.

حق بیمه سالانه هر نفر ۵۳,۸۸۰,۰۰۰ ریال برای بیمه شدگان می باشد .

مدارک و مستندات مورد نیاز: کپی کارت ملی، کپی تمام صفحات شناسنامه، کپی کارت عضویت

امضا و اثر انگشت

نحوه پرداخت حق بیمه:

نقدی: .....

چک: .....