ریاست محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان تهران

باسلام

احتراماً، اینجانب ..... به شماره عضویت ..... شماره پروانه.....

شماره تماس:.....بیمه شده تکمیلی از سوی سازمان

به استحضار میرساند به دلیل بیماری : (نوع بیماری) .....

☐ خود ☐همسر ☐ فرزند ☐ پدر ☐ مادر

با ارائه اطلاعات زیر درخواست بهره مندی از تسهیلات بیمه تکمیلی را دارم.

- مبلغ کل هزینه تا کنون .....ریال
- مبلغ پرداختی توسط بیمه تامین اجتماعی .....ریال
- مبلغ پرداختی توسط شرکت بیمه تکمیلی .....ریال صورت ریز از سوی شرکت بیمه.....پیوست می باشد.
- دوره درمان : ☐ خاتمه یافته است ☐همچنان ادامه دارد، مبلغ .....ریال جهت ادامه درمان پیش بینی شده است.

مدارک پیوست:

☐ **گواهی عدم بدهی عضویت**

☐ **کپی پروانه اشتغال به کار مهندسی**

☐ **کپی کلیه صفحات شناسنامه عضو و بیمار** تحت پوشش از طریق عضو سازمان

تاریخ: **مهر و امضا عضو سازمان**

بررسی کارشناس بیمه تکمیلی :

☐ شرایط بهره مندی استفاده از ۲ برابر سقف تعهد را دارد

☐ شرایط بهره مندی استفاده از محل پوشش بیمه داروهای خاص را دارد.

☐ شرایط بهره مندی از پوشش تهیه اعضا طبیعی بدن تا ۲۰۰ میلیون ریال را دارد.

☐ شرایط دریافت کمک از صندوق مازاد بیمه تکمیلی را به مبلغ ..... دارد.

کارشناس بیمه تکمیلی

تاریخ: **امضاء:**

بررسی مدیریت امور رفاهی وخدمات حقوقی اعضاء :

با توجه به مستندات ارائه شده، عضو میتواند از شرایط .....بهره مند گردند.

مدیر رفاه

تاریخ: **امضاء:**

معاونت توسعه سرمایه مهندس

☐ درخواست فوق مورد تایید است.

معاونت توسعه سرمایه مهندسی

تاریخ: **امضاء:**