



## جدول حق بیمه سالانه برای هر نفر



سن بیمه شده	حق بیمه سالانه سرپرست خانواده	حق بیمه سالانه افراد تحت تکفل
۰ تا ۶۰ سال	۴,۴۰۱,۶۴۰	۴,۲۳۷,۴۴۰
۶۱ تا ۷۰ سال	۶,۵۲۰,۳۶۰	۶,۳۵۶,۱۶۰
۷۰ سال به بالا	۸,۶۳۸,۹۶۰	۸,۴۷۴,۷۶۰

حق بیمه هر نفر جداگانه بر اساس سن بیمه شده محاسبه می گردد.

- یک فقره فیش واریز وجه حق بیمه سالانه اعضای خانواده و سرپرست  
(نام سرپرست خانواده روی فیش نوشته شود).
  - اعلام شماره شبای سرپرست خانواده
  - کپی تمامی صفحات شناسنامه سرپرست و صفحه اول شناسنامه افراد تحت تکفل
  - کپی کارت ملی همه افراد
  - کپی صفحه اول دفترچه بیمه همه افراد (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)
  - کپی کارت عضویت انجمن با تاریخ معتبر
- مدارک مورد نیاز برای افراد جدید**
- یک فقره فیش واریز وجه حق بیمه سالانه اعضای خانواده و سرپرست  
(نام سرپرست خانواده روی فیش نوشته شود).
  - اعلام شماره شبای سرپرست خانواده
  - کپی کارت عضویت انجمن با تاریخ معتبر
- مدارک مورد نیاز برای بیمه شدگان سال قبل**

**مهلت ارسال مدارک**

**۱۳۹۵/۰۹/۲۸**

فیش واریزی به همراه مدارک فوق می بایست به شماره فکس **۵۵۹۸۲۳۶۱** و یا به آدرس ایمیل [agent9985@iraninsurance.ir](mailto:agent9985@iraninsurance.ir) ارسال شود.

پیرو قرارداد بیمه گروهی مزاد درمان و با توجه به ماده ۲ قرارداد مذکور، کلیه اعضای انجمن حسابداران خبره ایران موظف می باشند که حداکثر تا روز **یکشنبه مورخ ۹۵/۰۹/۲۸** حق بیمه خود را به حساب زیر واریز نمایند:

- حساب جاری: بانک تجارت - شعبه فدائیان اسلام
- شماره حساب: ۱۳۹۲۹۳۰۰
- به نام: شرکت پیام شهبان بیمه ایران

و یا در صورت تمایل به پرداخت اقساطی، مبلغ ۳۰ تا ۴۰٪ از حق بیمه را نقداً و مابقی طی حداکثر ۴ فقره چک در وجه شرکت پیام شهبان بیمه ایران صادر و به دفتر شرکت تحویل نمایند.

جهت هماهنگی های لازم و تحویل چک های اقساط با شماره های **۵۵۱۸۷۷۴۷** و **۵۵۱۸۷۲۲۱** تماس حاصل فرمایید.

**پس از صدور بیمه نامه، به هیچ عنوان امکان حذف از قرارداد و استرداد حق بیمه وجود ندارد.**

در صورتیکه هر کدام از متقاضیان تا تاریخ ۹۵/۰۹/۲۸ حق بیمه خود را پرداخت ننمایند، مشمول بیمه نخواهند بود و از لیست بیمه شدگان حذف شده و انجمن حسابداران خبره تعهدی در قبال پرداخت حق بیمه بابت ایشان ندارد.