



فرم پیشنهاد بیمه عمر و حوادث گروهی

بیمه گذار محترم؛ خواهشمند است فرم زیر را به صورت کامل و خوانا تکمیل فرمایید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار (حقوقی / حقوقی): .....
	کد اقتصادی / ملی : ..... شناسه ملی : ..... شماره ثبت : .....
	نوع مالکیت : خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/> نهاد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
	نوع فعالیت : اداری و دفتری <input type="checkbox"/> خدماتی <input type="checkbox"/> صنعتی <input type="checkbox"/> کشاورزی و دامپروری <input type="checkbox"/> تجاری و بازرگانی <input type="checkbox"/> نیروهای نظامی و انتظامی <input type="checkbox"/>
	نشانی : کد پستی : ..... تلفن : ..... تلفن همراه : ..... دور نما : ..... پست الکترونیک : .....
مشخصات بیمه شدگان	سابقه پوشش بیمه ای نزد یکی از شرکت های بیمه بازرگانی : خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت لطفاً اعلام نمایید : - تاریخ آخرین پوشش بیمه عمر و حوادث گروهی : ..... الی ..... - نزد شرکت بیمه بازرگانی : .....
	بیمه شدگان عبارتند از : ۱- کلیه کارکنان رسمی <input type="checkbox"/> ۲- کلیه کارکنان اعم از رسمی، قراردادی، موقت، روزمزد، کارآموز <input type="checkbox"/> ۳- تعدادی از کارکنان که درخواست بیمه می نمایند <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/> توضیحات : .....
سرمایه فوت تقاضا	۱- تعداد کل کارکنان ..... نفر ۲- تعداد کل متقاضیان بیمه ..... نفر ۳- میانگین سنی بیمه شدگان ..... سال طبقه بندی بیمه شدگان : ۱- تعداد کارکنان اداری ..... نفر ۲- تعداد کارکنان غیراداری ..... نفر
	سرمایه فوت (به هر علت) : ..... ریال
	سرمایه فوت (در اثر حادثه) : ..... ریال
	سرمایه نقص عضو و ازکارافتادگی (در اثر حادثه) : ..... ریال

اطلاعات ارائه شده در این فرم پیشنهاد در نهایت صداقت اعلام شده است و در صورتی که خلاف آن ثابت گردد، مسئولیت آن به عهده بیمه گذار می باشد.

تاریخ ..... مهر و امضاء بیمه گذار

نام نمایندگی / کارگزاری : ..... کد نمایندگی / کارگزاری : ..... تلفن : .....
تاریخ : ..... مهر و امضاء :