

بسمه تعالی

فرم پیشنهاد بیمه درمان 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 : <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/> نهاد <input type="checkbox"/> سایر
	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 : <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت لطفاً اعلام نمایید : - تاریخ آخرین پوشش بیمه درمان گروهی : الی - نزد شرکت بیمه بازرگانی :
	۱- تعداد کل کارکنان :
	۲- تعداد متقاضیان اصلی :
	۳- تعداد متقاضیان تبعی :
	۴- تعداد متقاضیان ۶۰ الی ۷۰ سال :
	۵- تعداد متقاضیان بیش از ۷۰ سال :
۶- تعداد بازنشستگان متقاضی :	
اطلاعات ارائه شده در این فرم پیشنهاد در نهایت صداقت اعلام شده است و در صورتی که خلاف آن ثابت گردد، مسؤلیت آن به عهده بیمه گذار می باشد.	
مهر و امضاء بیمه گذار تاریخ	
نام نمایندگی / کارگزاری : کد نمایندگی / کارگزاری : تلفن :	
تاریخ : مهر و امضاء :	

بیمه گذار گرامی لطفاً جهت تکمیل جدول تعهدات به پشت برگه مراجعه فرمایید.