



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 (حقیقی / 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: |
| مشخصات بیمه شدگان | کد پستی: تلفن: تلفن همراه: |
| | دور نما: پست الکترونیک: |
| | 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 عمر و حوادث گروهی: الی |
| مشخصات بیمه شدگان | 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 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: |