

فرم پیشنهاد بیمه نامه گروهی اشخاص (عمر، حوادث و درمان گروهی)

نام بیمه گذار: نوع فعالیت: اداری تولیدی/ خدماتی شرکت بیمه گر فعلی:
 تعداد کل کارکنان بر اساس لیست بیمه پایه: نفر مجموع تعداد متقاضیان پوشش بیمه ای اعم از اصلی و تحت تکفل: نفر
 تاریخ شروع بیمه نامه: / / ۱۴..... تاریخ خاتمه بیمه نامه: / / ۱۴.....
 تجمیع پورتهفوی سایر رشته ها: دارد ندارد
 میزان پورتهفوی تجمیعی سایر رشته ها به تفکیک:
 آتش سوزی: ریال اتومبیل: ریال باربری: ریال
 مسئولیت: ریال مهندسی: ریال عمر و حوادث: ریال
 بیمه نامه تمدید است: بله خیر
 ضریب/ نسبت خسارت فعلی: % بدهی معوق: ریال

مشخصات بیمه گذار

تعداد کل پرسنل	تعداد پرسنل اداری	تعداد پرسنل غیراداری	سرمایه بیمه عمر (فوت به هر علت)	سرمایه بیمه حوادث (فوت ناشی از حادثه)	سرمایه بیمه حوادث (نقص عضو ناشی از حادثه)	میانگین سنی پرسنل	عنوان دقیق فعالیت شغلی

عمر و حوادث گروهی

عنوان تعهد	بستری عمومی (تعهد پایه)	بستری تخصصی	زایمان اعم از طبیعی و سزارین	پاراکلینیکی ۱	پاراکلینیکی ۲	پاراکلینیکی ۳	رفع عیوب انکساری چشم	آمبولانس	
								بیرون شهری	درون شهری
سرمایه درخواستی (طرح یک)									
میزان فرانشیز %									
سرمایه درخواستی (طرح دو)									
میزان فرانشیز %									

تعهدات درخواستی (اصلی)

عنوان تعهد	آزمایش (به استثناء چکاپ) پاتولوژی، ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی IUI/GIFT/ZIFT میکرواینجکشن	ویزیت و دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	هزینه دندانپزشکی به استثناء (ایمپلنت، ارتودنسی، زیبایی، دست دندان مصنوعی و والدین)	عینک و لنز طبی (حداقل نمره هر چشم ۵، ۰ دیوپتر)	سمعک	تست های غربالگری جنین و آزمایشات ژنتیک جنین	سایر
میزان فرانشیز %								
سرمایه درخواستی (طرح دو)								
میزان فرانشیز %								

تعهدات درخواستی (اضافی)

آیا کارکنان آن سازمان قبال پوشش بیمه درمان تکمیلی داشته اند؟ بلی خیر نزد کدام شرکت؟ تاریخ انقضای قرارداد فعلی:

میزان و ضریب تقریبی خسارت سال قبل را اعلام فرمایید.

بدینوسیله اعلام می گردد که اطلاعات مذکور با صداقت و امانت ارائه شده و در صورتی که خلاف آن ثابت شود، مسئولیت آن بر عهده اینجانب می باشد.
 نام و نام خانوادگی / مهر و امضاء نمایندگان / کارگزاری / شعبه نام و نام خانوادگی / مهر و امضای بیمه گذار: