

فرم درخواست نرخ و شرایط بیمه نامه درمان تکمیلی

نام شرکت / سازمان :

آدرس :

تلفن :

فکس :

ایمیل :

موضوع فعالیت :

نام مسئول مربوط به امور بیمه :

تلفن همراه :

تعداد کل پرسنل : نفر تعداد کل پرسنل و خانواده آنها : نفر میانگین سنی پرسنل : سال

تعداد پرسنل متقاضی خرید بیمه نامه درمان تکمیلی : نفر

تعداد پرسنل متقاضی بیمه نامه درمان تکمیلی و خانواده آنها : نفر

توان یا قدرت پرداخت حق بیمه یا بودجه در نظر گرفته شده ماهیانه برای هر نفر : ریال

آیا در حال حاضر بیمه نامه درمان تکمیلی دارید ؟ بلی خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است : نام شرکت بیمه : تاریخ پایان بیمه نامه :

شماره بیمه نامه :

مهمترین دلیل تغییر بیمه گر چیست ؟

بیمه ایران

در صورتیکه جدول تعهدات خاصی مد نظر شماست آن را ضمیمه کنید.

توضیحات :

نمایندگی قبادی

کد ۵۳۰۱