

پرسشنامه بیمه درمان تکمیلی بیمه ایران

نام بیمه گذار :
شناسه ملی / کد ملی :
شماره ثبت :
تاریخ تاسیس :
نوع مالکیت : خصوصی دولتی عمومی غیر دولتی تعاونی سایر موارد
موضوع فعالیت :
نشانی :
کد پستی:
تلفن ثابت :
فکس:
نام و نام خانوادگی رابط بیمه ای :
شماره موبایل رابط بیمه ای :
ایمیل :
تعداد کارکنان شاغل :نفرنفر
تعداد کارکنان مقاضی بیمه درمان (حداقل ۵۰٪ کارکنان) :نفرنفر
تعداد کارکنان مقاضی بیمه درمان و اعضای خانواده آنها (مجموع بیمه شدگان) :نفرنفر
میانگین سنی کارکنان شاغل :سالسال میانگین سنی همه بیمه شدگان :سالسال
جنسیت کارکنان شاغل : تعداد مرداننفرنفر تعداد زناننفرنفر
آیا کارکنان دارای بیمه گر پایه هستند: بلی خیر
نام بیمه گر پایه : تامین اجتماعی خدمات درمانی سایر موارد(نام ببرید)
شهر یا شهرهای محل فعالیت کارکنان را نام ببرید :
آیا در حال حاضر کارکنان بیمه درمان دارند؟ بلی خیر نام شرکت بیمه گر:
تاریخ پایان قرارداد بیمه درمان : ضریب خسارت قرارداد درمان قبلی :
توضیحات :
.....
.....
.....
.....

مشخصات کامل بیمه شدگان شامل نام و نام خانوادگی ، کد ملی ، تاریخ تولد (روز، ماه ، سال) ، جنسیت ، نام پدر ، شماره بیمه پایه ، مشخصات حساب بانکی و کد شبای حساب بانکی بیمه شده اصلی ، نسبت افراد تحت تکفل با بیمه شده اصلی ، شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی ، شماره پرسنلی در یک فایل اکسل تهیه و متعاقبا ارسال خواهد شد .

امضا و مهر بیمه گذار

تاریخ: