



بیمه ایران

پرسشنامه بیمه درمان تکمیلی

..... بیمه گذار :

..... نشانی بیمه گذار :

..... موضوع فعالیت :

..... کد اقتصادی : شناسه ملی :

نوع مالکیت : ☐ خصوصی ☐ دولتی ☐ عمومی غیر دولتی ☐ تعاونی ☐ سایر موارد

..... تلفن ثابت : موبایل :

..... سایت : ایمیل :

..... تعداد کارکنان شاغل : نفر

..... میانگین سنی کارکنان شاغل : سال

جنسیت کارکنان شاغل : مردان% زنان%

..... تعداد کارکنان متقاضی بیمه درمان تکمیلی (حداقل ۵۰% کارکنان) : نفر

..... تعداد کارکنان متقاضی بیمه درمان و اعضای خانواده آنها (مجموع بیمه شدگان) : نفر

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 درحال حاضر بیمه درمان تکمیلی دارید ؟ بلی ☐ خیر ☐

..... نام شرکت بیمه گر فعلی :

..... تاریخ پایان قرارداد :

مشخصات کامل بیمه شدگان شامل نام و نام خانوادگی ، کدملی ، تاریخ تولد ، جنسیت ، نام پدر ، شماره بیمه ، 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 در یک فایل اکسل تهیه و متعاقبا ارسال خواهد شد .

امضا بیمه گذار

..... تاریخ :