

پرسشنامه بیمه درمان تکمیلی بیمه ایران

نام بیمه گذار :

شناسه ملی / کد ملی : کد اقتصادی :

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 :

سایت : ایمیل :

تعداد کارکنان شاغل : نفر تعداد کارکنان متقاضی بیمه درمان (حداقل ۵۰٪ کارکنان) : نفر

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

میانگین سنی کارکنان شاغل : سال میانگین سنی همه بیمه شدگان : سال

جنسیت کارکنان شاغل : تعداد مردان نفر تعداد زنان 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 در حال حاضر کارکنان بیمه درمان دارند ؟ بلی خیر نام شرکت بیمه گر:

تاریخ پایان قرارداد بیمه درمان : ضربت خسارت قرارداد درمان قبلی :

مشخصات حساب بیمه گذار : نام بانک : نام شعبه : کد شعبه :

شماره حساب : شماره شبا : IR

صدور بیمه نامه درمان منوط به تجمیع کلیه پرتفوی بیمه گذار نزد این شرکت می باشد لذا خواهشمند است جهت بررسی و اعمال تخفیف ، میزان حق بیمه پرداختی در رشته های مختلف و همچنین خسارت های احتمالی دریافت شده را در جدول زیر وارد کنید .

رشته بیمه ای	تاریخ شروع	تاریخ پایان	حق بیمه ریال	خسارت پرداختی	مانده عملیات-ریال
آتش سوزی					
مهندسی					
مسئولیت					
باربری					
عمر حادثه					
بدنه					
شخص ثالث					
درمان					
جمع کل					

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 :