



نام معرف (نماینده/کارگزار):	نام شرکت (بیمه گذار):
نام فرد رابط بیمه گذار:	شماره تماس معرف:
شناسه ملی:	موبایل رابط:
کداقتصادی:	شماره ثبت:
تعداد کارکنان متقاضی بیمه تکمیلی:	تاریخ ثبت:
تعداد متقاضیان ۶۰ تا ۷۰ سال:	تعداد کل کارکنان:
میانگین سنی کارکنان:	مجموع تعداد متقاضیان (اصلی و تحت تکفل):
تاریخ اتمام بیمه تکمیلی قبلی:	تعداد متقاضیان ۷۰ تا ۸۰ سال:
آدرس:	نام شرکت بیمه تکمیلی قبلی:
کدپستی:	تلفن:

خدمات درمانی

بیمه سلامت

تامین اجتماعی

نام سازمان بیمه گر پایه:

آیا کارکنان در بدو استخدام بصورت آزمایشی همکاری می نمایند؟ بلی خیر

در صورت وجود دوره آزمایشی مدت آن را ذکر کنید؟ ماه

سایر توضیحات:

با توجه به فایل ارسال شده طرح مورد نظر خود را انتخاب نمایید:

سایر

الماس پلاس

الماس

VIP

پلاتینی پلاس

پلاتینی

طلایی

آیا تمایل به اخذ پوشش های اضافی مربوط به طرح انتخابی خود را نیز دارید؟ بلی خیر

نحوه پرداخت حق بیمه به چه صورت باشد؟ پرداخت نقدی اقساط (مطابق با آئین نامه)

* شما می توانید برای گروه های بالای ۱۰۰ نفر، طرح مورد نظر خود را جهت اعلام نرخ ارسال نمایید.

* جهت هرگونه سوال، با کارشناسان این شرکت یا نمایندگان فروش در ارتباط باشید.

* در صورت انتخاب طرح الماس پلاس تکمیل فرم اظهار سلامتی الزامی است.

بدین وسیله اینجانب تایید و گواهی می نمایم کلیه اظهارات فوق مبنی بر واقعیت بوده و مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.

تاریخ:/...../.....

نام و کد معرف:

مهر و امضا معرف:

تاریخ:/...../.....

نام و نام خانوادگی بیمه گذار:

مهر و امضا:

