



فرم پیشنهاد بیمه عمر و حوادث گروهی

بیمه گذار محترم؛ خواهشمند است فرم زیر را به صورت کامل و خوانا تکمیل فرمایید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار (حقیقی / حقوقی):
	کد اقتصادی / ملی : شناسه ملی : شماره ثبت :
	نوع مالکیت : خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/> نهاد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
	نوع فعالیت : اداری و دفتری <input type="checkbox"/> خدماتی <input type="checkbox"/> صنعتی <input type="checkbox"/> کشاورزی و دامپروری <input type="checkbox"/> تجاری و بازرگانی <input type="checkbox"/> نیروهای نظامی و انتظامی <input type="checkbox"/>
	نشانی :
مشخصات بیمه شدگان	کد پستی : تلفن : تلفن همراه :
	دور نما : پست الکترونیک :
	سابقه پوشش بیمه ای نزد یکی از شرکت های بیمه بازرگانی : خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت لطفاً اعلام نمایید : - تاریخ آخرین پوشش بیمه عمر و حوادث گروهی : الی - نزد شرکت بیمه بازرگانی :
سرمایه فوت	بیمه شدگان عبارتند از : ۱- کلیه کارکنان رسمی <input type="checkbox"/> ۲- تعدادی از کارکنان که درخواست بیمه می نمایند <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/> توضیحات :
	۱- تعداد کل کارکنان نفر ۲- تعداد کل متقاضیان بیمه نفر ۳- میانگین سنی بیمه شدگان سال طبقه بندی بیمه شدگان : ۱- تعداد کارکنان اداری نفر ۲- تعداد کارکنان غیراداری نفر
تقاضا	سرمایه فوت (به هر علت) : ریال
	سرمایه فوت (در اثر حادثه) : ریال
	سرمایه نقص عضو و ازکارافتادگی (در اثر حادثه) : ریال

اطلاعات ارائه شده در این فرم پیشنهاد در نهایت صداقت اعلام شده است و در صورتی که خلاف آن ثابت گردد، مسئولیت آن به عهده بیمه گذار می باشد.

تاریخ مهر و امضاء بیمه گذار

نام نمایندگی / کارگزاری : کد نمایندگی / کارگزاری : تلفن :
تاریخ : مهر و امضاء :