



پیشنهاد بیمه نامه مازاد درمان گروهی

بیمه گذار / نماینده بیمه گذار محترم، خواهشمند است پس از پاسخ به سوالات زیر به صورت خوانا و دقیق آنرا جهت اعلام نرخ به مدیریت بیمه های اشخاص ارسال نمائید.

• مشخصات کلی بیمه گذار

نام بیمه گذار: نوع فعالیت: اداری □ تولیدی و صنعتی □ خدماتی □ کد اقتصادی / شماره ثبت:

آدرس و شماره تلفن:

• مشخصات بیمه ای

تعداد کل کارکنان: تعداد کارکنان متقاضی پوشش: تعداد بیمه شوندگان فرعی:

تعداد بیمه شوندگان ۶۰ تا ۷۰ سال: تعداد افراد بالای ۷۰ سال:

نام سازمان بیمه گر اول: سازمان تأمین اجتماعی □ سازمان خدمات درمانی □ پشتیبانی نیرو های مسلح (ارتش) □ سایر □

• تعهدات مورد درخواست طبق آئین نامه ۴۴/۱ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

بیمارستانی و جراحی عمومی	جراحی تخصصی	زایمان	پاراکلینیکی ۱	پاراکلینیکی ۲	جراحی های مجاز سرپائی	رفع عیوب انکساری

• سوابق بیمه ای

آیا تا کنون بیمه نامه مازاد درمان گروهی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ بله □ خیر □ نام بیمه گر قبلی:

آیا تمایل دارید سایر امور بیمه ای خود را در شرکت بیمه سامان متمرکز نمائید؟ بله □ خیر □ حجم تقریبی سایر پرتفوی بیمه ای:

حق بیمه ماهانه قرارداد سال گذشته: آخرین تعداد بیمه شدگان در قرارداد سال گذشته: میزان خسارت قرارداد در سال گذشته:

تعهدات قرارداد سال گذشته:

بیمارستانی و جراحی عمومی	جراحی تخصصی	زایمان	پاراکلینیکی ۱	پاراکلینیکی ۲	جراحی های مجاز سرپائی	رفع عیوب انکساری

اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت بر عهده گرفته و در صورتی که خلاف آن ثابت شود، مسئولیت آن را بر عهده می گیرم.

مهر و امضای بیمه گذار / نماینده بیمه گذار



پیشنهاد بیمه نامه عمر و حوادث گروهی

بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار محترم، خواهشمند است پس از پاسخ به سوالات زیر به صورت خوانا و دقیق آنرا جهت اعلام نرخ به مدیریت بیمه های اشخاص ارسال نمائید.

• مشخصات کلی بیمه گذار

نام بیمه گذار: نوع فعالیت: اداری □ تولیدی و صنعتی □ خدماتی □ کد اقتصادی/شماره ثبت:
آدرس و شماره تلفن:

• مشخصات بیمه ای

بیمه نامه مورد درخواست: عمر گروهی □ حوادث گروهی □
نوع بیمه نامه حوادث گروهی: عادی □ مسافرتی □ دانشجویی □ دانش آموزی □ ورزشکاران □ مهدهای کودک □
تعداد کل افراد: تعداد افراد متقاضی پوشش: میانگین سنی گروه بیمه شوندگان:
چگونگی توزیع فعالیت های بیمه گذار:
درصد اداری □ درصد غیر اداری □
در غیر اینصورت، فعالیت بیمه گذار به صورت دقیق شرح داده شود:

• تعهدات مورد درخواست

در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان به هر علت مبلغ: ریال

سرمایه بیمه نامه عمر گروهی

در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان بر اثر حادثه مبلغ: ریال

در صورت نقص عضو و از کار افتادگی هر یک از بیمه شدگان مبلغ: ریال

هزینه های پزشکی ناشی از حادثه جهت هر یک از بیمه شدگان مبلغ: ریال

سرمایه بیمه نامه حوادث گروهی

در صورت فوت بر اثر حادثه هر یک از بیمه شدگان، مجموع سرمایه های فوت به هر علت و فوت بر اثر حادثه قابل پرداخت خواهد بود.

• سوابق بیمه ای

آیا در حال حاضر دارای بیمه نامه عمر و حوادث معتبر نزد شرکت های بیمه هستید؟ بله □ خیر □ نزد شرکت:
آیا تاکنون خسارت عمر و یا حوادث گروهی از شرکت های بیمه دریافت کرده اید؟ بله □ خیر □ نوع و مبلغ خسارت:
آیا هیچکدام از بیمه شوندگان دارای نقص عضو و از کار افتادگی می باشند؟ بله □ خیر □ تعداد افراد دارای نقص عضو و از کارافتادگی:

اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت بر عهده گرفته و در صورتی که خلاف آن ثابت شود، مسئولیت آن را بر عهده می گیرم.

مهر و امضای بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار