

خواهشمند است به کلیه پرسشهای این پیشنهاد جواب داده زیرا که صحیح و کامل بودن جوابها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه عمری است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد .
* تکمیل کردن این پیشنهاد هیچگونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید .

نماینده/کارگزار: کد نماینده:	بیمه گذار : کد اقتصادی/کد ملی : نشانی : تلفن : تلفن همراه : کد پستی :
-------------------------------------	---

نام سازمان متقاضی: نشانی سازمان: تلفن:	<p>تعداد کل کارکنان متقاضی پوشش :</p> <p>تعداد افراد تحت تکفل (همسر : نفر - فرزند نفر)</p> <p>میانگین سنی پرسنل :</p> <p>تعداد بیمه شوندگان بالای ۶۰ سال :</p> <p>میانگین سنی پرسنل :</p> <p>تعداد پرسنل اداری : شغل اکثریت :</p> <p>تعداد پرسنل غیر اداری : شغل اکثریت :</p> <p>آیا کارکنان آن سازمان قبلا پوشش بیمه درمان مزاد داشته اند: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></p> <p>نزد کدام شرکت :</p> <p>تعهدات سال قبل را به شرح ذیل ذکر فرمائید :</p> <p>سرمایه بیمه عمر : سرمایه بیمه حوادث :</p>
--	--

<p>نوع بیمه : مدت بیمه : تاریخ شروع :</p> <p>در صورت درخواست طرح خانواده جدول ذیل تکمیل گردد .</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>همسر</th> <th>فرزند</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	همسر	فرزند							<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>سرپرست</th> <th> </th> </tr> <tr> <td> </td> <td>سرمایه درخواستی بیمه عمر (فوت به هر علت)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>سرمایه درخواستی فوت به علت حادثه</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>سرمایه درخواستی نقص عضو و ازکارافتادگی به علت حادثه</td> </tr> </table> <p>پوششهای اضافی که همراه با بیمه عمر میتوان انتخاب نمود :</p> <p>هزینه پزشکی <input type="checkbox"/> بیماریهای خاص <input type="checkbox"/> غرامت روزانه <input type="checkbox"/></p> <p>نحوه پرداخت حق بیمه : یکجا <input type="checkbox"/> هر شش ماه <input type="checkbox"/> هر سه ماه <input type="checkbox"/></p> <p>ماهیانہ <input type="checkbox"/></p>	سرپرست			سرمایه درخواستی بیمه عمر (فوت به هر علت)		سرمایه درخواستی فوت به علت حادثه		سرمایه درخواستی نقص عضو و ازکارافتادگی به علت حادثه
همسر	فرزند																
سرپرست																	
	سرمایه درخواستی بیمه عمر (فوت به هر علت)																
	سرمایه درخواستی فوت به علت حادثه																
	سرمایه درخواستی نقص عضو و ازکارافتادگی به علت حادثه																

گواهی می شود که اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت اعلام نموده ام و در صورتیکه خلاف آن ثابت شود مسئولیت آنرا به عهده میگیرم .
تاریخ و امضاء بیمه گذار :

<p>صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:</p> <p>بلامانع می باشد <input type="checkbox"/> غیر قابل صدور است <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ: نام و امضای کارشناس صدور:</p>	تاریخ کارشناس صدور:
--	---------------------