

فرم پیشنهاد (درمان تکمیلی ، عمر و حوادث گروهی)

نام شرکت درخواست کننده :	تعداد کل کارکنان:	تعداد نفرات اصلی متقاضی :	تعداد افراد تبعی متقاضی :
تعداد کل افراد متقاضی:	تعداد پرسنل بازنشسته متقاضی :	شرکت بیمه گر سال قبل :	
ضریب خسارت سال گذشته :	حق بیمه سال گذشته :	آیا تعهدات درخواستی مشابه سال گذشته است؟	
تاریخ انقضاء بیمه نامه سال گذشته :		0 بلی	0 خیر

ردیف	تعهدات	طرح (۱)	فرانشیز	طرح (۲)	فرانشیز	طرح (۳)	فرانشیز	توضیحات
۱	بستری و جراحی عمومی							
۲	جراحی تخصصی							
۳	زایمان							
۴	نازایی							
۵	پاراکلینیکی نوع یک							
۶	پاراکلینیکی نوع دو							
۷	اعمال مجاز سرپائی							
۸	رفع عیوب انکساری دو چشم							
۹	خدمات آزمایشگاه							
۱۰	ویزیت و دارو و خدمات اورژانس							
۱۱	عینک و لنز تماسی طبی							
۱۲	دندانپزشکی بدون ایمپلنت و ارتودنسی							
۱۳	دندانپزشکی با ایمپلنت و ارتودنسی							
۱۴	سمعک							
۱۵	تست های غربالگری جنین							
۱۶	فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی							
۱۷	اروتز							
۱۸	آمبولانس داخل شهری							
۱۹	آمبولانس خارج شهری							
۲۰	اعضاء طبیعی بدن							
۲۱								
جمع حق بیمه								

عمر و حوادث پیشنهادی

پرتفوی محقق شده یا برآوردی سایر رشته های بیمه گذار

نوع فعالیت اکثر پرسنل	
میانگین سنی پرسنل	
سرمایه مورد نظر حوادث	
سرمایه مورد نظر عمر	

حق بیمه اتومبیل	
حق بیمه عمر و سرمایه گذاری	
حق بیمه مسئولیت ، مهندسی، باربری	
حق بیمه آتش سوزی	
حق بیمه عمر و حوادث	
جمع پرتفوی غیر درمان	

نظر پیشنهادی شعبه :

مهر و امضاء کارشناس :

امضاء مدیر شعبه :