

کد مدرک:

LIF۱۴۴

بیمه سامان



فرم پیشنهاد بیمه نامه حوادث گروهی

شرح تغییرات	تاریخ		شماره صفحه
	۱۳۹۷/۰۴/۳۰	۰۰	کلیه صفحات

تهیه کننده/بازنگری کننده	تائید کننده	تصویب کننده	
مدیر بیمه‌های عمر، اندوخته‌ساز و حوادث	مدیر معماری سازمانی	معاون فنی	مدیر عامل
نام:	نام:	نام:	نام:
تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند.

شرکت بیمه سامان  
فرم پیشنهاد بیمه نامه حوادث گروهی

LIF۱۴۴

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات بیمه گذار

نام موسسه: ..... موضوع فعالیت: ..... شناسه ملی: .....  
 کد اقتصادی: ..... شماره ثبت: ..... تاریخ ثبت: .....  
 تلفن: ..... کدپستی (۱۰ رقمی): □□□□□□□□□□  
 آدرس: .....

آدرس پستی جهت ارسال اوراق بیمه: استان و شهر: ..... کدپستی (۱۰ رقمی): □□□□□□□□□□  
 آدرس و تلفن: .....

عادی

مسافرتی

دانش آموزی و دانشجویی

مهد کودکها

تعداد کل افراد: .....	تعداد افراد متقاضی پوشش: .....	میانگین سنی گروه بیمه شوندگان: .....
<input type="checkbox"/> در صورت فوت و نقص عضو و از کار افتادگی هر یک از بیمه شدگان بر اثر حادثه مبلغ: ..... ریال هزینه های پزشکی ناشی از حادثه جهت هر یک از بیمه شدگان مبلغ: ..... ریال (حداکثر تا ۱۰٪ سرمایه فوت) <input type="checkbox"/> در صورت فوت و نقص عضو و از کارافتادگی هر یک از بیمه شدگان بر اثر حادثه معادل ..... برابر حقوق ماهانه		
حداقل تعداد مسافران در یکسال: .....	حداکثر تعداد مسافران در یکسال: .....	
در صورت فوت و نقص عضو و از کارافتادگی هر یک از بیمه شدگان بر اثر حادثه مبلغ: ..... ریال هزینه های پزشکی ناشی از حادثه جهت هر یک از بیمه شدگان مبلغ: ..... ریال (حداکثر تا ۱۰٪ سرمایه فوت)		
تعداد دانش آموزان / دانشجویان: .....	میانگین سنی دانش آموزان / دانشجویان: .....	
تعداد کارکنان / مربیان / مدرسان: .....	میانگین سنی کارکنان / مدرسان: .....	
در صورت فوت و نقص عضو و از کارافتادگی هر یک از بیمه شدگان بر اثر حادثه مبلغ: ..... ریال هزینه های پزشکی ناشی از حادثه جهت هر یک از بیمه شدگان مبلغ: ..... ریال (حداکثر تا ۱۰٪ سرمایه فوت)		
تعداد کودکان: .....	میانگین سنی کودکان: .....	
تعداد کارکنان / مربیان / مدرسان: .....	میانگین سنی کارکنان / مدرسان: .....	
<input type="checkbox"/> در صورت فوت و نقص عضو و از کارافتادگی هر یک از بیمه شدگان بر اثر حادثه مبلغ: ..... ریال هزینه های پزشکی ناشی از حادثه جهت هر یک از بیمه شدگان مبلغ: ..... ریال (حداکثر تا ۱۰٪ سرمایه فوت)		

نوع و تعهدات درخواستی بیمه نامه

توزیع فعالیت بیمه گذار: اداری: ..... درصد (زمینه شغلی: ..... ) غیراداری: ..... درصد (زمینه شغلی: ..... )  
 در صورتیکه فعالیت بیمه گذار در موارد فوق نمی گنجد، به صورت دقیق شرح داده شود: .....

تمایل به استفاده از پوشش خطر سیل و زلزله با پرداخت اضافه نرخ

شرکت بیمه سامان  
فرم پیشنهاد بیمه نامه حوادث گروهی

آیا در حال حاضر دارای بیمه نامه حوادث معتبر نزد شرکت های بیمه هستید؟  خیر  بله نام شرکت: .....

حق بیمه قرارداد حوادث سال گذشته (در صورت وجود): ..... ریال نحوه پرداخت و پوشش ها: .....

آیا تاکنون خسارت حوادث گروهی از شرکت های بیمه دریافت کرده اید؟  خیر  بله نوع و مبلغ خسارت: .....

آیا هیچکدام از بیمه شوندگان دارای نقص عضو و از کار افتادگی می باشند؟  خیر  بله تعداد افراد: .....

آیا تمایل دارید سایر امور بیمه ای خود را در شرکت بیمه سامان متمرکز نمایید؟  خیر  بله

رشته و حجم تقریبی سایر پرتفوها: .....

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.

تاریخ، نام و امضای بیمه گذار

سؤالات مربوط به عامل فروش:

- آیا بیمه گذار را می شناسید؟  خیر  بله در صورت پاسخ مثبت، برای چند سال؟ .....
- توضیحات اضافی را که فکر می کنید در بررسی این پرسشنامه می بایست مورد توجه قرار گیرد، مرقوم فرمایید.

تاریخ، نام، مهر و امضای عامل فروش