

شرکت بیمه سامان
فرم پیشنهاد بیمه نامه حوادث گروهی

LIF144

تجدید نظر: 00

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات بیمه گذار

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

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

نوع و تعهدات درخواستی بیمه نامه

عادی

تعداد کل افراد: تعداد افراد متقاضی پوشش: میانگین سنی گروه بیمه شوندگان:
☐ 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)
☐ در صورت فوت و نقص عضو و از کار افتادگی هر یک از بیمه شدگان بر اثر حادثه معادل برابر حقوق ماهانه

مسافرتی

حداقل تعداد مسافران در یکسال: حداکثر تعداد مسافران در یکسال:
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)

دانش آموزی و دانشجویی

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 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)

مهد کودکان

تعداد کودکان: میانگین سنی کودکان:
تعداد کارکنان / مربیان / مدرسان: میانگین سنی کارکنان / مدرسان:
☐ 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)

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

LIF144

تجدید نظر: 00

صفحه: ۲ از ۲

سابقه بیمه ای

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 پرتفو ها:

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:

۱. آیا بیمه گذار را می شناسید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ مثبت، برای چند سال؟
۲. 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