

شرکت بیمه سامان
فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر گروهی

LIF143

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:

مشخصات بیمه

تعداد کل افراد: تعداد افراد متقاضی پوشش: میانگین سنی گروه بیمه شوندگان:
توزیع فعالیت بیمه گذار: اداری: درصد غیر اداری: درصد
زمینه شغلی: زمینه شغلی:
در صورتیکه فعالیت بیمه گذار در موارد فوق نمی گنجد، به صورت دقیق شرح داده شود:

تعهدات مورد درخواست

سرمایه بیمه نامه عمر گروهی:

☐ در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان به هر علت مبلغ: ریال
☐ در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان به هر علت معادل برابر حقوق ماهانه بیمه شده حداکثر تا سقف ریال
☐ تمایل به استفاده از پوشش خطر سیل و زلزله با پرداخت اضافه نرخ

سابقه بیمه ای

آیا در حال حاضر دارای بیمه نامه عمر معتبر نزد شرکت های بیمه هستید؟ ☐ خیر ☐ بله نام شرکت:
حق بیمه قرارداد عمر سال گذشته (در صورت وجود): ریال نحوه پرداخت حق بیمه:
پوشش های دریافتی:
آیا تاکنون خسارت عمر 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:

LIF143	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر گروهی	 Saman Insurance
تجدید نظر: 00		
صفحه: ۲ از ۲		

اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت بر عهده گرفته و در صورتیکه 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