

نام بیمه گذار نوع فعالیت : اداری تولیدی/خدماتی شرکت بیمه گر فعلی
 تعداد کل کارکنان بر اساس لیست بیمه پایه نفر مجموع تعداد متقاضیان پوشش بیمه ای اعم از اصلی و تحت تکفل نفر
 تاریخ شروع بیمه نامه / / ۱۳۹۰ تاریخ خاتمه بیمه نامه / / ۱۳۹۰
 تجمیع پورتنفوی سایر رشته ها : دارد ندارد

میزان پورتنفوی تجمیعی سایر رشته ها به تفکیک :

آتش سوزی ریال اتومبیل ریال باربری ریال
 مسئولیت ریال مهندسی ریال عمر و حوادث ریال
 بیمه نامه تمدیدی است : بله خیر ضریب/نسبت خسارت فعلی : %
 بدهی معوق ریال

تعداد کل پرسنل	تعداد پرسنل اداری	تعداد پرسنل غیراداری	سرمایه بیمه عمر (فوت به هر علت)	سرمایه بیمه حوادث (فوت ناشی از حادثه)	سرمایه بیمه حوادث (نقص عضو ناشی از حادثه)	میانگین سنی پرسنل	عنوان دقیق فعالیت شغلی

عنوان تعهد	بستری عمومی (تعهد پایه)	بستری تخصصی	زایمان	پاراکلینیکی ۱	پاراکلینیکی ۲	پاراکلینیکی ۳	رفع عیوب انکساری چشم	آمبولانس	
								بیرون شهری	درون شهری
سرمایه درخواستی (طرح یک)									
میزان فرانشیز %									
سرمایه درخواستی (طرح دو)									
میزان فرانشیز %									

عنوان تعهد	آزمایش (به استثناء چکاپ، رادیولوژی فیزیوتراپی، نورالقب)	نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی IUI/ITSC/GIFT/ZIFT میکرواینجکشن	ویزیت (تعرفه پخش خصوصی) و دارو (صرفاً ماهه التفاوت سهم بیمه گر اول و حق فنی)	دندانپزشکی (به استثناء خدمات زیبایی، ایمپلنت و ارتودنسی، دست دندان مصنوعی)	عینک و لنز طبی	سمعک	تشخیص ناهنجاریهای جنین	سایر
سرمایه درخواستی (طرح یک)								
میزان فرانشیز %								
سرمایه درخواستی (طرح دو)								
میزان فرانشیز %								

آیا کارکنان آن سازمان قبلاً پوشش بیمه درمان تکمیلی داشته اند ؟ بلی خیر نزد کدام شرکت؟ تاریخ انقضای قرارداد فعلی
 میزان و ضریب تقریبی خسارت سال قبل را اعلام فرمایید

بدینوسیله اعلام می گردد که اطلاعات مذکور با صداقت و امانت ارائه شده و در صورتی که خلاف آن ثابت شود، مسئولیت آن بر عهده اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی / مهر و امضاء نمایندگی / کارگزاری / شعبه نام و نام خانوادگی / مهر و امضای بیمه گذار