

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