

فرم درخواست استعلام گروهی بیمه نامه تحصیل فرزندان

مشخصات بیمه گزار

نام شرکت: شماره ثبت: تاریخ ثبت: / /

نوع ثبت: دولتی خصوصی نوع فعالیت:

آدرس:

کد پستی: شماره تلفن: دورنگار:

مشخصات بیمه نامه

تعداد بیمه شده ها (بیمه نامه درخواستی): متوسط سن بیمه شده ها: متوسط سن ذینفعان:

مبلغ سرمایه فوت: حداقل متوسط حداکثر

روش پرداخت حق بیمه: ماهانه دو ماهه سه ماهه شش ماهه سالانه

حق بیمه (به حروف) ریال به عدد ریال

افزایش سالیانه حق بیمه: درصد (نرخ تعدیل حق بیمه در سال بین ۰ و ۲۰ درصد است).

- فرزندان زیر ۸ سال: درصد (میزان افزایش سالیانه بین ۵ تا ۱۵ درصد است).

- فرزندان ۸ تا ۱۲ سال: درصد (میزان افزایش سالیانه حداکثر تا ۲۰ درصد است).

پوشش های تکمیلی

(۱) سرمایه بیمه تکمیلی فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست حداقل متوسط حداکثر

(۲) آیا بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کار افتادگی (نقص عضو) کلی را نیز می خواهید؟ (این پوشش مخصوص بیمه گزار است) بلی خیر

(۳) آیا پوشش امراض خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی عروق (کروتر)، سرطان و پیوند اعضای بدن) را نیز می خواهید؟ بلی خیر

مهر و امضای نماینده / کارگزار

نام نماینده/ کارگزار:

کد نمایندگی/ کارگزار:

تاریخ درخواست: / /