

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: / /