

پیشنهاد بیمه درمان گروهی

تاریخ پیشنهاد :

(۱) مشخصات بیمه گذار

- نام کامل بیمه گذار :
- نشانی کامل بیمه گذار :
- تلفن :
- تعداد کل بیمه شدگان (اصلی و تمت تکفل) نفر
- * افراد تمت تکفل شامل کسانی است که از سوی نفر اصلی شاغل در سازمان، دارای دفترچه بیمه گر اول (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می باشد.

شماره ملی / ثبت :
نشانی الکترونیکی :
فاکس :

(۲) پوششهای درخواستی بیمه گذار

لیزیک هر دو چشم	پاراکلینیکی			زایمان طبیعی ، سزارین	هزینه های بیمارستانی		پوشش ها
	گروه سوم	گروه دوم	گروه اول		تفصیلی	عمومی	
							سقف تعهدات

- سقف جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر : ریال
- سقف جبران هزینه های آمبولانس خارج شهر : ریال
- فرانشیز :

(۳) پوششهای اضافی

-
-
-
-
-
-

(۴) مدت زمان بیمه نامه

..... ماه و از ساعت ۲۴ روز شروع و در ساعت ۲۴ روز فائمه می یابد .

مهر و امضای پیشنهاد دهنده

فاکس : ۸۸۶۰۰۸۹۵

تاریخ :

تلفن : ۴-۸۸۶۰۰۸۹۰

