



فرم درخواست استعلام گروهی بیمه نامه سپرده زندگی

مشخصات بیمه گذار

نام شرکت: شماره ثبت: تاریخ ثبت: / /
 نوع ثبت: دولتی خصوصی تلفن: فاکس:
 نوع فعالیت:
 آدرس: کدپستی:

مشخصات بیمه نامه

تعداد بیمه شده ها (بیمه نامه درخواستی):
 متوسط سن بیمه شده ها:.....
 سرمایه درخواست شده در صورت فوت (تعهد بیمه گر) (به حروف) ریال به عددریال
 مدت بیمه سال (در صورت عدم انتخاب ، مدت بیمه نامه ۲۰ سال خواهد بود)
 روش پرداخت حق بیمه: ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه
 حق بیمه در شروع قرارداد (به حروف) ریال . به عددریال
 سرمایه بیمه تکمیلی فوت بر اثر حادثه (چند برابر سرمایه فوت)برابر (حداکثر سه برابر)
 نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت:درصد(۲۰-۰ درصد)
 نرخ تعدیل سالیانه حق بیمه درصد (۲۰-۰ درصد)
 آیا بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کار افتادگی را نیز می خواهید؟ بلی خیر
 آیا پوشش امراض خاص را نیز می خواهید؟ بلی خیر

محل مهر و امضاء نمایندگان:

تاریخ درخواست: / /

نام نمایندگی:

کد نمایندگی: