



**بیمه ایران**

## پرسشنامه بیمه درمان تکمیلی

بیمه گذار : .....

نشانی بیمه گذار : .....

موضوع فعالیت : .....

کد اقتصادی : ..... شناسه ملی : .....

نوع مالکیت :  خصوصی  دولتی  عمومی غیر دولتی  تعاونی  سایر موارد

تلفن ثابت : ..... موبایل : .....

سایت : ..... ایمیل : .....

تعداد کارکنان شاغل : ..... نفر

میانگین سنی کارکنان شاغل : ..... سال

جنسیت کارکنان شاغل : مردان .....% زنان .....%

تعداد کارکنان متقاضی بیمه درمان تکمیلی ( حداقل ۵۰% کارکنان ) : ..... نفر

تعداد کارکنان متقاضی بیمه درمان و اعضای خانواده آنها (مجموع بیمه شدگان) : ..... نفر

آیا کارکنان دارای بیمه گر پایه هستند ؟ بلی  خیر

نام بیمه گر پایه : تامین اجتماعی  خدمات درمانی  سایر موارد (نام ببرید)

شهر یا شهرهای محل فعالیت کارکنان را نام ببرید ؟ .....

آیا در حال حاضر بیمه درمان تکمیلی دارید ؟ بلی  خیر

نام شرکت بیمه گر فعلی : .....

تاریخ پایان قرارداد : .....

مشخصات کامل بیمه شدگان شامل نام و نام خانوادگی ، کد ملی ، تاریخ تولد ، جنسیت ، نام پدر ، شماره بیمه ، مشخصات حساب بانکی و کد شبای حساب بانکی بیمه شده اصلی ، نسبت افراد تحت تکفل با بیمه شده اصلی ، شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی در یک فایل اکسل تهیه و متعاقبا ارسال خواهد شد .

امضا بیمه گذار

تاریخ : .....