

شما می توانید با تکمیل فرم ذیل و ارسال آن به شرکت از طرح / طرح های پیشنهادی بصورت رایگان بهره مند گردید

### فرم اطلاعات تکمیلی جهت درخواست نرخ های پیشنهادی

ردیف	رشته بیمه	واحد	تعداد بیمه شده	شرکت بیمه گر قبلی	تاریخ تمدید
۱	درمان تکمیلی	نفر			
۲	عمر و حادثه	نفر			
۳	اتومبیل	دستگاه			ارسال لیست پیوست
۴	آتش سوزی	ساختمان			
۵	مهندسی	پروژه			
۶	باربری	-			
۷	مسئولیت	-			
۸	عمر و پس انداز ( طرح سنوات کارکنان)	نفر			
اطلاعات تکمیلی جهت اعلام نرخ درمان گروهی					
نام شرکت:		موضوع فعالیت:		تلفن:	
تعداد پرسنل:		مجموع تعداد پرسنل و افراد تحت تکفل:		میانگن سنی پرسنل:	

درخواست کننده:

مهر و امضا:

تاریخ: