

فرم درخواست استعلام گروهی بیمه نامه مستمري زنان خانه دار

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:
 روش پرداخت حق بیمه: ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه
 حق بیمه (به حروف) ریال به عدد ریال
 میزان افزایش سالیانه حق بیمه به درصد: عدم درخواست ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪
 نوع مستمري: طرح الف (مستمري مادام العمر) طرح ب (مستمري مادام العمر با بازده اطمینان ۱۰ ساله)

مهر و امضای نماینده / کارگزار

نام نماینده / کارگزار:

کد نمایندگی / کارگزار:

تاریخ درخواست: / /