

فرم شماره دو

مشخصات متقاضی بیمه درمان تکمیلی (بیمه گذار جدید) :

	نام بیمه گذار
	تعداد بیمه شدگان
	پیش بینی میزان و درصد پرتفوی درمان
	سوابق بیمه ای بیمه گذار
	مبلغ حق بیمه پیشنهادی (بدون مالیات)
ارسال تائیدیه سایر پرتفوی بیمه گذار از مدیریتهای فنی مربوطه به مدیریت اشخاص	

با عنایت به بررسی آمار و عملکرد بیمه گذار این مجتمع/استان/شعبه انعقاد قرارداد مورد نظر را به صرف و صلاح شرکت تشخیص داده و اعمال..... درصد تخفیف را با در نظر گرفتن جمیع جهات تقاضا دارد.

امضاء معاون فنی

امضاء مدیر استان/واحد اجرایی