

فرم شماره یک

مشخصات متقاضی تمدید بیمه درمان تکمیلی:

	نام بیمه گذار
	شماره قرارداد سال گذشته
	تعداد بیمه شدگان
	حق بیمه سال گذشته (بدون مالیات) سرانه هر نفر ماهانه
	<p>ضریب خسارت درمان براساس فرمول زیر</p> <p><u>خسارت پرداختی + احتساب معرفی نامه های باز + کارمزد و هزینه صدور نمایندگی</u></p> <p>حق بیمه صادره</p>
	مبلغ حق بیمه پیشنهادی (بدون مالیات) سرانه هر نفر ماهانه
	مابه التفاوت حق بیمه درخواستی با حق بیمه براساس تعرفه
ارسال تائیدیه سایر پرتفوی بیمه گذار از مدیریتهای فنی مربوطه به مدیریت اشخاص	

با عنایت به بررسی آمار ، عملکرد و پیش بینی سایر پرتفوی بیمه گذار این مجتمع/استان/شعبه تمدید 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