



نمونه متن درخواست همکاری

بیمه درمان تکمیلی

کارگزار رسمی بیمه مرکزی کد ۱۷۳۵

آقای حمید بهرامی

به استحضار می‌رساند شرکت درصدد تهیه بیمه تکمیلی درمان کارکنان خود به تعداد نفرات اصلی نفر و نفرات تبعی نفر می‌باشد.

میانگین سنی کارکنان سال و نفر اداری و خدماتی و نفر فنی و تولیدی هستند. لطفا اقدامات لازم را در خصوص استعمال نرخ بیمه تکمیلی مبذول فرمائید.

مشخصات شرکت به شرح ذیل می‌باشد:

شماره ثبت شرکت:

تاریخ ثبت:

شناسه ملی:

کد اقتصادی:

کد پستی:

نام مسئول بیمه‌ای:

شماره همراه:

مهر و امضا شرکت

توجه:

۱. نامه حتما روی سربرگ باشد.

۲. چنانچه مدیریت شرکت حقیقی می‌باشد نیازی به درج تاریخ و شماره ثبت شرکت نیست.

۳. در صورتی که سال گذشته بیمه درمان تکمیلی داشته‌اید، نامه ضریب خسارت از بیمه‌گر قبلی پیوست شود.