

بسمه تعالی



انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۵/۲۷

شماره: ۹۲۷۷۹

پوست: دارد

شرکت بیمه البرز (سهامی عام)

روسای محترم شعب شرکت بیمه البرز

موضوع: تمدید بیمه نامه عمر و حوادث و درمان گروهی عضو انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز (سراسری)

با سلام و احترام

حسب توافق شرکت بیمه البرز با کانون سراسری و پیرو نامه شماره ۵۴۳/۱۶۲ مورخ ۱۳۹۷/۵/۲۵ کانون و دستور العمل شماره ۸۹۸۵۴ مورخ ۱۳۹۷/۵/۲۲ مدیریت محترم بیمه های اشخاص و ریاست محترم مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص خواهشمند است دستورات مقتضی جهت هماهنگی و ابلاغ به نمایندگان تحت سرپرستی، نسبت به تکمیل جدول لیست بیمه شدگان درمان تکمیلی و عمر و حوادث گروهی و الصاق فیش واریزی حق عضویت سال ۱۳۹۶ به مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال به شماره حساب ۲۴۸۲۵۳۳۷ نزد بانک تجارت کد ۲۰۹ شعبه سپهبد قرنی به نام انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز یا به حساب شماره ۱۷۰۸۳۶۳۸۳ به نام کانون سراسری نمایندگان بیمه البرز عهده بانک تجارت شعبه سپهبد قرنی کد ۲۰۹ اقدام و اسناد و مدارک تکمیلی تا تاریخ ۱۳۹۷/۶/۵ جهت اقدامات بعدی تحویل انجمن سراسری نمایندگان بیمه البرز گردد.

متن اطلاعیه

نمایندگان محترمی که تمایل به اخذ پوشش بیمه عمر و حوادث و بیمه درمان تکمیلی داشته باشند پس از مطالعه قرارداد شماره ۱۵۳۳ که در سایت انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز به آدرس WWW.ALBORZANJOMAN.Com موجود می باشد (در منوی قرارداد ها قابل رویت است) می توانند تقاضای کتبی خود را حداکثر تا پایان ۱۳۹۷/۰۶/۰۵ همراه با فرم تکمیلی و مدارک لازم ، (دو برگ تصویر شناسنامه صفحه اول و دوم و تصویر کارت ملی برای نماینده و تصویر شناسنامه ، تصویر کارت ملی افراد تحت تکفل شامل همسر و فرزندان) از طریق شعب سرپرستی به دفتر انجمن سراسری مستقر در ساختمان معاونت فنی به نشانی: تهران - پل کریم خان زند - نبش خیابان سپهبد قرنی ارسال نمایند . همچنین نمایندگان اناث برای اخذ پوشش درمان همسر و فرزندان می بایستی صفحه اول دفترچه تأمین اجتماعی و تصویر شناسنامه و تصویر کارت ملی خود را ارسال نمایند .

جهت کارکنان تمام وقت نمایندگی که پوشش بیمه گر اول را از طریق نماینده داشته باشند ، می توانند خود ، همسر و فرزندان خود را تحت پوشش بیمه درمان بیمارستانی قرار دهند همراه با تکمیل فرم که در این صورت می بایست تقاضای کتبی درمانی کارفرما (نماینده) همراه با یک برگ تصویر شناسنامه صفحه اول و دوم و تصویر صفحه اول دفترچه تأمین اجتماعی بیمه گر اول و تصویر کارت ملی را ارسال نمایند .



با تشکر
انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز
هیأت مدیره انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز
رئیس هیأت مدیره - فرید بهروز

بسمه تعالی



انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز

رونوشت :

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۵/۲۷

شماره: ۹۲۷۷۹

پیوست: دارد

- *مدیریت محترم امور نمایندگان جهت استحضار و ابلاغ
- *مدیریت محترم امور شعب و مناطق جهت استحضار
- *ریاست محترم مجتمع خدمات بیمه ای کریم خان زند جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه امیر کبیر جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه ونگ جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه دماوند جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه اکباتان جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه نمونه جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه شریعی جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه فلسطین جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه قزوین جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه هشت بهشت اصفهان جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه بندرانزلی جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه رشت جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه گرگان جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه سنجید جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه ایلام جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه بوشهر جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه عسلویه جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه ارومیه جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه کرمان جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه یزد جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه قم جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه گاشان جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه سمنان جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه شهرکرد جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه یاسوج جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه زاهدان جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه بروجرد جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه خرم آباد جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه بندر امام خمینی جهت استحضار
- *ریاست محترم شعبه جابهار جهت استحضار



انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز

آدرس: خیابان سپهر قرنی، نبش خیابان کریم خان زند، شماره ۳، ساختمان مرکزی عد البرز کپوشی، ۱۵۹۸۸۷۶۷۱۴، تلفن: ۰۳۸۱۱-۸۸۸، فاکس: ۸۸۹۱۶۶۶۸

www.alborzanjoman.com

info@alborzanjoman.com

alborzanjoman@yahoo.com