

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

نام بیمه گذار :

سمت : کد ملی :

نشانی بیمه گذار :

تلفن ثابت : تلفن همراه : دورنگار : کد پستی :

آیا تاکنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟ بلی خیر

نام بیمه گر : در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه :

آیا در پنج سال گذشته خسارتی به مراجعه کنندگان شما وارد شده است؟ بلی خیر
در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

.....

.....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه :

.....

.....

مشخصات مجتمع مورد بیمه

نام مجتمع : نوع مجتمع : مسکونی تجاری اداری

نشانی مجتمع :

تلفن : دورنگار : کد پستی :

تعداد واحد : تعداد طبقات : مشخصات پله :

سال ساخت : / / ۱۳ نوع سازه : آجری خشت و گل نیم اسکلت تمام اسکلت بتنی

نوع آسانسور : ظرفیت آسانسور : نفر تعداد آسانسور : تعداد طبقات آسانسور :

مشخصات کارکنان، شیفتها و ساعت کاری

نوع استخدام و تعداد کل کارکنان :

کارکنان دائمی : نفر رسمی : نفر پیمانی : نفر قراردادی : نفر روزمزد : نفر

کارکنان موقت و فصلی : حداقل : نفر حداکثر : نفر

جمع کل کارکنان : حداقل : نفر حداکثر : نفر

تعداد و ساعت کاری کارکنان به تفکیک شیفت :

شیفت اول : نفر از ساعت تا ساعت شیفت دوم : نفر از ساعت تا ساعت

شیفت سوم : نفر از ساعت تا ساعت شیفت چهارم : نفر از ساعت تا ساعت

آیا کارکنان در تعطیلات رسمی نیز کار می کنند؟ بلی خیر

شرح کلی اموال پیشنهاد شده برای مورد بیمه با ذکر ارزش واقعی :

۱- ساختمان و تاسیسات :

.....

.....

.....

.....

۲- محتویات شامل لوازم و ملزومات و اثاثه اداری :

.....

.....

.....

پوشش های مورد درخواست بیمه گذار

پوشش های اصلی بیمه نامه :

- پوشش آتش سوزی و انفجار(در مشاعات مجتمع)
- مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از آسانسور
- مسئولیت مدنی در قبال اشخاص ثالث
- مسئولیت مدنی در قبال نگهبانان و سرایداران مجتمع

پوشش های اضافی بیمه نامه :

- مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از سالن ورزشی مجتمع
- مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از محوطه بازی مجتمع
- مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از استخر و سونا مجتمع

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: تا ساعت ۲۴روز / / ۱۳

میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
حداکثر خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث در هر حادثه	
حداکثر خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث در طول مدت بیمه	

LAF۰۳۳

تجدید نظر: ۰۱

صفحه: ۳ از ۳

بیمه سامان

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مجتمع های

مسکونی، تجاری و اداری



** بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

** به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. **

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه‌گذار:

مهر، امضاء و تاریخ