

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	۰۰	۹۶/۰۱/۱۴	صدور اولیه

تهیه کننده/بازنگری کننده	تائید کننده		تصویب کننده
مدیر بیمه های مسئولیت	مدیر معماری سازمانی	معاون فنی	مدیر عامل
نام: علی صوفی	نام: فرزاد فروغی	نام: مهدی فدای	نام: [Signature]
تاریخ و امضاء: ۱۳۹۶/۰۱/۱۹	تاریخ و امضاء: ۱۳۹۶/۰۱/۱۹	تاریخ و امضاء: ۹۶/۰۱/۲۱	تاریخ و امضاء: ۹۶/۰۱/۲۱

توجه : مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی " اعتبار دارد " داشته باشند.



مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: ۱۳ / /	دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>
شماره ملی (الزامی است):	تاریخ تأسیس: ۱۳ / /
تلفن همراه:	شماره ثبت:
سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:	شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است):

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار):

تلفن: فکس:

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت خریداری نموده‌اید؟ بلی خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمایید :

نام بیمه گر :

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

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده 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 موضوع مورد بیمه

زمینه فعالیت بیمه گذار (طبق پروانه بازرسی) : (ارائه پروانه بازرسی الزامیست)

تعداد بازرسی های انجام شده در سال گذشته :

کارمزد دریافتی در سال گذشته : ریال

دوره تامین : ماه.

شرح مختصری از نحوه بازرسی :

.....

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟ بلی خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است سابقه خسارت در ۳ سال گذشته را با ذکر علت حادثه و مبلغ خسارت مشخص نمایید.

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نام بیمه گر قبلی	نوع حادثه (فوت/نقص عضو/هزینه پزشکی)	مبلغ خسارت (ریال)	علت/مقصر حادثه

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

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

*** 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

بیمه گذار:
مهر، امضاء و تاریخ