

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

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 (بیمه گذار):

تلفن: شماره:

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای پروژه‌ای خریداری نموده‌اید؟ خیر بلی
در صورتیکه پاسخ مثبت است نام پروژه و شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید:

آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟ خیر بلی
در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

مشخصات عمومی مورد بیمه

موضوع فعالیت و نحوه انجام کار :

سابقه خسارت (میزان و نوع خسارت پرداختی در پنج سال گذشته) :

آیا مسئولیت مورد تقاضا سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده است؟ بلی خیر
شرکت بیمه گر :

میانگین افراد ثابت در اطراف محل مورد بیمه (نفر) : میانگین افرادی که روزانه به محدوده محل مورد بیمه تردد دارند (نفر) :

سایر توضیحات :

LAF۰۸۴

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی عمومی بیمه گذار در قبال
اشخاص ثالث



فرانشیز خسارات مالی درصد

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

پوشش ها 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 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 در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای حرام	
حداکثر خسارت مالی در هر حادثه	
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه	

** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.
- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

** به اطلاع می رساند تکمیل پر س شنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. **

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ