



LAF۰۸۷

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۱ از ۲

بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران آسایشگاه سالمندان



## مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

## شخص حقوقی

نام بیمه گذار : .....  
 شماره مجوز : .....  
 شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است): .....  
 نشانی بیمه گذار : .....  
 تلفن : .....  
 کدپستی : .....

آیا مرکز دارای پوشش بیمه آتش سوزی می باشد؟  بلی  خیر  
 نام بیمه گر : .....  
 در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه : .....

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 عمومی مورد بیمه

نام آسایشگاه : .....  
 نشانی محل مورد بیمه : .....  
 تلفن : .....  
 دورنگار : .....  
 کدپستی : .....

ظرفیت : ..... تخت  
 تعداد طبقات : .....

تعداد پرسنل مرکز : .....  
 تعداد پزشکان : .....  
 تعداد پرستاران : .....  
 تعداد کارکنان : .....

آیا مرکز دارای سیستم اطفاء حریق می باشد؟  بلی  خیر

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

LAF۰۸۷

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران آسایشگاه سالمندان



مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

پوششها و 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	

\*\* 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 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 می‌رساند تکمیل پرسشنامه 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