

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

بیمه‌گذار حقیقی	بیمه‌گذار حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: ۱۳ / /	نوع مالکیت: 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):
.....	سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:
.....

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار):

تلفن: دورنگار: کدپستی:

نام و مشخصات، میزان تحصیلات، سابقه فعالیت و سمت‌های قبلی مدیر صرافی را تعریف نموده و مدارک مثبت را ضمیمه‌ی این فرم نمایید.

.....
.....

میزان سرمایه صرافی:

موضوع فعالیت و نحوه انجام کار:

.....
.....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:

.....
.....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای این فعالیت خریداری نموده‌اید؟ بلی خیر

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

نام بیمه‌گر: در صورتی که بیمه‌گر 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.

.....
.....

آیا اعضای محترم هیئت مدیره صرافی دارای گواهینامه مهارت انجام عملیات صرافی از موسسه‌های مورد تایید بانک مرکزی جمهوری اسلامی

ایران می‌باشند؟ بلی خیر

آیا صرافی دارای مجوز فعالیت با موافقت کتبی بانک مرکزی جمهوری اسلامی برای شروع یا ادامه فعالیت می باشد؟

بلی خیر

آیا صرافی خود را مقید به رعایت قوانین و مقررات ذیربط، مصوبات شورای پول و اعتبار و بخشنامه های بانک مرکزی نموده است؟

بلی خیر

آیا صرافی وابسته به موسسه، بانک دولتی یا خصوصی و یا یکی از موسسات اعتباری مجاز می باشد؟

بلی خیر

آیا مکان فعالیت صرافی از لحاظ رعایت مسائل حفاظتی و امنیتی به تایید مراجع ذیصلاح انتظامی رسیده است؟

بلی خیر

آیا صرافی دارای سوابق چک برگشتی رفع سوء اثر نشده در شبکه بانکی کشور می باشد؟

بلی خیر

سایر توضیحات:

.....

.....

.....

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 خسارت مالی برای هر نفر در هر ادعا	
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه (برای تمامی ادعاهای مطروحه قابل قبول)	
<p>** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق 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.**</p> <p>- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.</p> <p>- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.</p>	

** به اطلاع می رسد 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