

LAF118

کد سند :

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد و بررسنامه بیمه مسئولیت مدنی تخلیه و بارگیری در قبال اشخاص
تالت

شماره تجدید نظر: 00

جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کل صفحات	00	1400/06/15	صدور اولیه

تصویب کننده	تایید کننده		تهیه کننده/بازنگری کننده
هادی رئیس زاده	مهدی فلاح	نگین فیروز	علی صرفی
	 1400/07/04	 1400/07/04	 1400/07/03
1400/07/06	فرزاد فروغی	عبدالرسول عطانی	
	 1400/07/06	 1400/07/04	



مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

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

موضوع و مشخصات

<p>- آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای متصدیان تخلیه و بارگیری در قبال اشخاص ثالث خریداری نموده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام پروژه و شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید: ...</p> <p>- آیا در زمان اجرای پروژه های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید: ...</p> <p>محل تخلیه و بارگیری: ... سابقه فعالیت در تخلیه و بارگیری: ...</p>	<p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>- آیا شرکت تخلیه و بارگیری به عنوان پیمانکار عمل می نماید؟ لطفا چرخه کار را شرح دهید: ...</p> <p>لطفا نوع و نام کالاهایی که تخلیه و بارگیری می شود را شرح دهید: ... نوع بسته بندی کالاها: <input type="checkbox"/> کانتینر <input type="checkbox"/> فاقد کانتینر <input type="checkbox"/> سایر: ...</p> <p>- آیا کالای مورد تخلیه و بارگیری متعلق به شما می باشد؟ حجم فعالیت (براساس واحد شمارش): روزانه: ... ماهانه: ... سالانه: ...</p> <p>- آیا ماشین آلات و تجهیزات تخلیه و بارگیری متعلق به شما می باشد؟</p> <p>- آیا اپراتور دستگاه ها از کارکنان خودتان می باشند؟ خطرات احتمالی: ...</p>	<p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>

اقدامات ایمنی برای پیشگیری از خسارت: ...

تعداد	تحت مالکیت / استیجاری	سال ساخت	کشور سازنده	نام ماشین آلات
...
...
...

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه(به روز):... تاریخ شروع بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / / ۱۴۰۰ تاریخ انقضاء بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / / ۱۴۰۰

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 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 در هر حادثه	...
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه	...

پوشش های تکمیلی

- چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید: ...

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 مسؤل 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.

بیمه گذار:

نماینده/ کارگزار:

مهر، امضاء، تاریخ

مهر، امضاء، تاریخ