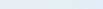
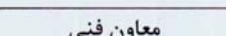
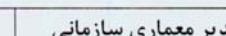
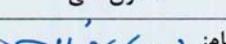
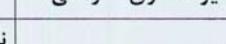


کد مدرک: LAF077	بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی برگزار کنندگان نمایشگاه در قبال اشخاص ثالث	 بیمه سامان Saman Insurance
--------------------	---	---

شماره تجدد نظر	شماره صفحه	تاریخ	شرح تغییرات
۹۵/۰۹/۲۰	۰۰	صدور اولیه	

تصویب کننده	تأیید کننده	تپیه کننده/ بازنگری کننده
مدیر عامل	معاون فنی	مدیر بیمه های مسئولیت
نام: 	نام: 	نام: 
تاریخ وامضاء: ۱۳۹۶-۰۶-۲۰	تاریخ وامضاء: 	تاریخ وامضاء: 

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



LAF.77

تجدید نظر:

صفحه: ۱ از ۲

بیمه سامان

**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی برگزار کنندگان نمایشگاه در
قبال اشخاص ثالث**



مشخصات و سابقه کاری متقارضی (بیمه گذار)

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

نشانی متقارضی (بیمه گذار) :

تلفن :
کد پستی :
فکس :آیا تاکنون بیمه نامه مسئولیت خریداری نموده اید؟ خیر بله

در صورتی که پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمائید :

نام بیمه گر :
در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه :آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟ خیر بله

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 مورد بیمهنام نمایشگاه :
تاریخ برگزاری نمایشگاه :موضع فعالیت :
مدت زمان برگزاری نمایشگاه :

وضعیت نمایشگاه :

شرح مختصی از فعالیت :

محل برگزاری نمایشگاه :

نوع مالکیت نمایشگاه : دولتی خصوصی تعداد غرفه داران :
حداکثر تعداد مراجعین روزانه : از ساعت الی ساعت کاری نمایشگاه :وسائل و تجهیزات ایمنی : کپسول آتش نشانی جعبه کمک های اولیه سایر تجهیزات ایمنی :آبا تمایل به اخذ پوشش جهت غرفه داران دارد؟ بله خیر

LAF.۷۷	بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی برگزارکنندگان نمایشگاه در قبال اشخاص ثالث	
تجدید نظر: ..		
صفحه: ۲ از ۲		

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 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 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 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 محترمانه تلقی نماید.

*** به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. ***

نماينده / کارگزار:

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ

مهر، امضاء و تاریخ