

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: 13 / /	دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>
شماره ملی (الزامی است):	تاریخ تأسیس: 13 / /
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 : فکس : کدپستی :

آیا تا کنون سابقه بیمه مسئولیت داشته اید؟ بلی خیر

در صورتیکه 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؟ 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 مورد بیمه

نوع وسیله :

ظرفیت(تن) :

شماره موتور :

شماره شاسی :

سال ساخت :

رنگ :

شماره شهرداری :

محدوده فعالیت :

شماره بیمه نامه شخص ثالث :

تاریخ انقضاء :

آیا مالک وسیله نقلیه می باشید؟ بلی خیر

آیا تمایل به پوشش کارگران دارید؟ بلی خیر

در صورت تمایل لطفاً مشخصات آنها را در جدول زیر وارد نمائید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	سال تولد

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه : روز تاریخ شروع : از ساعت 24روز / / 13 تاریخ انقضاء: تا ساعت 24روز / / 13

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	
حداکثر خسارت مالی در هر حادثه	
حداکثر خسارت مالی 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 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. **

نماینده / کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ