



پیشنهاد بیمه نامه طرحهای خاص و نوین بیمه ای

مشخصات متقاضی:

										شماره ملی										آقای/خانم :																				☐ شخص حقیقی									
										شناسه ملی										شرکت/مؤسسه :																				☐ شخص حقوقی									
										☐ دولتی ☐ خصوصی																														شماره اقتصادی									
										شماره همراه										موضوع فعالیت :																													
آدرس محل مورد بیمه :																																																	
										تلفن :																				کدپستی :																			
										نمبر :																																							

اطلاعات ارزیابی ریسک :

۱- مسئولیت خود را در چه زمینه هایی می خواهید تحت پوشش بیمه قرار دهید ؟

.....

.....

.....

۲- آیا طی سه سال گذشته دارای بیمه نامه در خصوص موضوع فعالیت خود بوده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر

(در صورت مثبت بودن پاسخ اطلاعات زیر را اعلام فرمائید)

نام شرکت	شماره بیمه نامه
.....	
.....	

۳- آیا طی سه سال گذشته از محل بیمه نامه های فوق خسارتی دریافت کرده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر

تعداد خسارت ←	فقره	مبلغ خسارت ←	ریال
---------------	------------	--------------	------------

۴ - حداکثر تعهدات درخواستی :

ریال	هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	تعهدات بدنی (۴- ۱)
ریال	حداکثر تعهد هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه	
ریال	غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی برای هر نفر در هر حادثه	
ریال	غرامت فوت و نقص عضو در ماههای حرام برای هر نفر در هر حادثه	
ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
ریال	خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث در هر حادثه	تعهدات مالی در قبال اشخاص ثالث (۴- ۲)
ریال	خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث در طول مدت اعتبار بیمه نامه	

❖ در صورتیکه پوشش بیمه ای بند ۲ - ۴ جدول فوق با نوع فعالیت متقاضی متناسب نبوده و یا درخواست نشده، در قسمت مذکور عبارت **این پوشش مورد درخواست نمی باشد** قید گردد.

۵ - پوشش های اضافی :

☐ خیر	☐ بله	پوشش تعدد دیات	پوشش شماره یک
☐ خیر	☐ بله	پوشش افزایش سقف تعهدات بیمه گر برای سنوات آتی (..... بار)	پوشش شماره دو

۶ - مدت اعتبار بیمه نامه :

مدت پوشش بیمه ای مورد درخواست : روز / ماه از ساعت ۲۴ روز : تا تاریخ ۲۴ روز :

❖ شروع تعهدات بیمه گر ، از تاریخ صدور بیمه نامه نافذ بوده و هرگونه خسارت کشف شده یا نشده قبل از شروع تعهدات بیمه گر مستثنی است.

۷ - لطفاً هر گونه مدرکی که می تواند در شناسایی و ارزیابی ریسک به بیمه گر کمک نماید، را ضمیمه پرسشنامه فرمائید.

تاریخ درخواست : شعبه / نمایندگی نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده :
مهر و امضاء مهر و امضاء