



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران استراحتگاههای ساحلی

مشخصات متقاضی

پیشنهاد دهنده :		کد ملی	
<input type="checkbox"/> شخص حقیقی		شماره شناسنامه :	
تاریخ تولد : / / ۱۳.....		نام شرکت / موسسه :	
<input type="checkbox"/> شخص حقوقی		<input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی	
شناسه ملی		شماره اقتصادی	
آدرس پستی : کد پستی.....			
تلفن :		همراه :	
نمابر :			

اطلاعات مورد بیمه

- نام استراحتگاه :
- ظرفیت کل : نفر.
- نام مالک :
- آدرس محل :

تفصیلات درخواستی

- حداکثر هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه به مبلغ ریال.
- حداکثر هزینه های پزشکی برای کل اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ریال.
- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه به مبلغ ریال.
- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای کل اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ریال.

مدت بیمه نامه

- بیمه نامه به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق صحت مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است، لذا در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده : مَهر و امضاء

مَهر و امضاء نمایندگی :

پرسشنامه را با دقت تکمیل نمائید