



پرسشنامه بیمه مسئولیت در قبال اشخاص ثالث

مدیریت کل بیمه های مسئولیت و حمل و نقل

مشخصات متقاضی									
نوع شخص : ☐ حقیقی ☐ حقوقی	وضعیت : ☐ خصوصی ☐ دولتی								
خانم/آقای	کد ملی								
شرکت/موسسه	شناسه ملی								
شناسه اقتصادی	مدیر عامل								
آدرس : تلفن									
کدپستی	همراه								
اطلاعات ارزیابی ریسک									
۱) موضوع فعالیت خود را شرح دهید :									
۲) مسئولیت خود را در چه زمینه هایی می خواهید تحت پوشش قرار دهید ؟ ☐ صرفاً در مقابل اشخاص ثالث ☐ صرفاً در خصوص مورد بیمه ☐ در خصوص اشخاص ثالث و مورد بیمه سایر توضیحات									
۳) آیا طی سه سال گذشته دارای بیمه نامه در خصوص فعالیت خود بوده اید؟ ☐ بله ☐ خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ اطلاعات زیر را اعلام فرمائید) <table border="1"> <thead> <tr> <th>نام شرکت بیمه</th> <th>شماره بیمه نامه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه						
نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه								
.....									
.....									
.....									
۴) آیا طی سه سال گذشته از محل بیمه نامه های فوق خسارتی دریافت کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر <table border="1"> <thead> <tr> <th>تعداد خسارت فقره</th> <th>مبلغ خسارت ریال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		تعداد خسارت فقره	مبلغ خسارت ریال						
تعداد خسارت فقره	مبلغ خسارت ریال								
.....									

تعهدات درخواستی

ریال	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ	تعهدات بدنی
ریال	حداکثر هزینه پزشکی برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ	
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی برای هر نفر به مبلغ	
ریال	حداکثر غرامت فوت در ماههای حرام برای هر نفر به مبلغ	
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ	
ریال	حداکثر خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث در هر حادثه به مبلغ	تعهدات مالی
ریال	حداکثر خسارت مالی وارد به مجموع اشخاص ثالث در طول مدت بیمه نامه به مبلغ	

❖ در صورتیکه پوشش تعهدات مالی جدول فوق با نوع فعالیت متقاضی متناسب نبود و یا درخواست نشده باشد، در قسمت مذکور عبارت این پوشش مورد درخواست نمی باشد قید گردد.

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ درخواست می گردد.

❖ شروع تعهد بیمه گر از تاریخ شروع بیمه نامه نافذ بوده و هر گونه خسارت کشف شده یا نشده قبل از شروع تعهدات بیمه گر مستثنی است.

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

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و 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 : مهر و امضاء نمایندگی:

مهر و امضاء