



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی طرح پیمان

این بیمه نامه صرفاً خسارت وارد به کارگران شاغل در داخل واحد مسکونی را پوشش می دهد

الف) مشخصات پیشنهاد دهنده (بیمه گذار)

کد ملی	خانم/آقای (بیمه گذار)	شخص حقیقی <input type="radio"/>
۴..... ۳..... ۲..... ۱.....	سایر بیمه گذاران : ۱..... ۲..... ۳..... ۴..... و سایر شرکاء	
شماره شناسنامه :	تاریخ تولد : ۱۳ / /	

ب) اطلاعات مورد بیمه

- آدرس محل مورد بیمه : استان شهرستان خیابان
- کوچه پلاک طبقه واحد کدپستی
- آیا از کارکنان خارجی فاقد مجوز کار و اقامت، در موضوع فعالیت بیمه نامه استفاده می شود؟ بله خیر
- حداکثر تعداد نیروی کار تحت پوشش نفر می باشد.

⊗ پرداخت هر گونه خسارت به کارکنان خارجی در اثر حوادث تحت پوشش در محل مورد بیمه ، صرفاً با ارائه شماره اختصاصی ۱۲ رقمی مقدور می باشد ⊗

ج) تعهدات قابل ارائه

حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	ریال ۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
حداکثر هزینه پزشکی برای کل کارکنان در طول مدت اعتبار بیمه نامه	ریال ۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	ریال ۹۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	ریال ۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای کل کارکنان در طول مدت اعتبار بیمه نامه	ریال ۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰

د) مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت ۳۶۵ روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ درخواست می گردد.

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 : / / ۱۴

مهر و امضاء نمایندگی:

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) :

مهر و امضاء