

پرسشنامه مسئولیت مجریان ذیصلاح

مشخصات متقاضی

نوع شخص: حقیقی حقوقی

وضعیت: خصوصی دولتی

خانم / آقای

کد ملی

شرکت / موسسه

شناسه ملی

شناسه اقتصادی

مدیر عامل

آدرس

کد پستی

تلفن همراه

سوابق بیمه ای

نام بیمه گر و شماره بیمه نامه سال قبل را درج نمایید:

شرکت بیمه

شماره بیمه نامه

تعداد، نوع و مبالغ دریافتی بابت خسارات جانی و مالی از محل بیمه نامه سال قبل:

.....

.....

پوشش ها

با پرداخت حق بیمه اضافی هر یک از پوشش های زیر قابل ارائه می باشد:

پوشش مسئولیت بیمه گذار ناشی از تعدد دیات (بیش از یک دیه) مورد درخواست است؟ بله خیر

آیا پوشش بیمه ای افزایش دیه هر سال مزاد بر دیه خریداری شده در بیمه نامه حداکثر تا ۱ بار مورد درخواست است؟ بله خیر

آیا پوشش بیمه ای افزایش دیه هر سال مزاد بر دیه خریداری شده در بیمه نامه حداکثر تا ۲ بار مورد درخواست است؟ بله خیر

آیا پوشش بیمه ای افزایش دیه هر سال مازاد بر دیه خریداری شده در بیمه نامه حداکثر تا ۳ بار مورد درخواست است؟ بله

آیا پوشش مطالبات تامین اجتماعی مورد درخواست است؟ مبلغ ریال

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

حداکثر تعهدات درخواستی

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

▪ این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تضمین مندرجات ، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سوالات فوق با حسن نیت و صداقت جواب داده شده است .

تاریخ تکمیل:

مهر و امضا نمایندگی:

نام و نام خانوادگی متقاضی:

