

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی عمومی

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی	
نام و نام خانوادگی متقاضی :	حقیقی :
۱/۱- نام و نام خانوادگی متقاضی :	حقوقی :
۱/۲- کد ملی :	۱/۳- شماره شناسنامه / محل صدور :
۱/۴- نام پدر :	۱/۵- تاریخ تولد :
۱/۶- شماره ثبت :	۱/۷- سابقه کاری :
۱/۸- نشانی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه :
نمابر :	کدپستی :
۲- فعالیت متقاضی	
۲/۱- موضوع کار :	
۲/۲- نشانی محل کار :	
۲/۳- تعداد کارکنان ثابت و دائمی : نفر ۲/۴- تعداد کارکنان متغیر و روزمزد : حداقل نفر و حداکثر نفر	
۲/۵- خطرات یا حوادث احتمالی برای کارکنان را شرح دهید:	
۲/۶- خطرات یا حوادث احتمالی به اشخاص ثالث را شرح دهید:	
۲/۷- مدت زمان انجام کار :	
۳- سوابق بیمه ای	
۳/۱- آیا تا کنون نزد شرکت بیمه دیگری دارای سوابق بیمه ای بوده اید ؟ (نام ببرید)	
۳/۲- لطفاً در مورد سوابق خسارتی (بدنی و مالی) و میزان آن در ۲ سال گذشته توضیح دهید.	
۴- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست	
۴/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	ریال
۴/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه	ریال
۴/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	ریال
۴/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	ریال
۴/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه	ریال
۴/۶- تعهدات بیمه گر برای جبران خسارت مالی در هر حادثه	ریال
۴/۷- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه	ریال
۴/۸- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	
اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.	
نام و امضای متقاضی :	تاریخ :
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	