



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)

..... خانم/آقای (بیمه گذار)	کد ملی
شخص حقیقی ☐	سایر بیمه گذاران : ۱- ۲- ۳- ۴- و سایر شرکاء
تاریخ تولد : / / ۱۳	شماره شناسنامه :

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.

⚠️ خسارت کارکنان خارجی فاقد مجوز ، صرفاً به حساب شخص زیان دیده و یا در وجه اجرای احکام دادگستری پرداخت می گردد ⚠️

ج) تعهدات قابل ارائه

حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای مجموع کارکنان در طول مدت بیمه نامه به مبلغ	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی به مبلغ	۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام به مبلغ	۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای مجموع کارکنان در طول مدت بیمه نامه به مبلغ	۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

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