



پرسشنامه مسئولیت مدنی جامع شهرداری

مدیریت کل بیمه های مسئولیت و حمل و نقل

مشخصات متقاضی

شناسه ملی										شرکت/مؤسسه/سازمان :									
شماره اقتصادی										آدرس :									
تلفن :										کدپستی									
نمبر										همراه									

سوابق بیمه ای

(۱) آیا طی یکسال گذشته بیمه نامه مسئولیت مدنی جامع شهرداری داشته اید : ☐ بله ☐ خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه گر، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای آن را درج نمایید :

(۲) تعداد حوادث و مبلغ خسارت دریافتی ناشی از مسئولیت مدنی جامع شهرداری طی ۵ سال گذشته (به تفکیک هر سال) :

اطلاعات فعالیت

(۱) نوع سازمان : ☐ شهرداری ☐ دهیاری

(۲) تعداد نفرات منطقه/شهر یا روستا را درج نمایید :

تعهدات درخواستی

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

مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳۹۹ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳۹۹ 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 : / / ۱۳۹۹

مهر و امضاء نمایندگی :

نام و نام خانوادگی متقاضی :

مهر و امضاء