



## پرسشنامه عمومی طرح مخصوص

### مشخصات بیمه گذار:

نام کامل شخص، موسسه یا شرکت پیشنهاددهنده:	موضوع فعالیت متقاضی:	کد ملی / شناسه ملی:
شماره شناسنامه/ثبت:	سال تولد/ ثبت:	محل صدور/ ثبت:
نشانی سکونت بیمه گذار:		
نشانی محل مورد بیمه:		
تلفن:	فاکس:	موبایل:

### اطلاعات ارزیابی ریسک:

۱	آیا طی سه سال گذشته دارای بیمه نامه در خصوص موضوع فعالیت خود بوده اید؟	<input type="radio"/> بلی	<input type="radio"/> خیر
در صورت پاسخ مثبت، نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.			
نام شرکت بیمه:		شماره بیمه نامه:	
۲	آیا طی سه سال گذشته از محل بیمه نامه های فوق خسارتی دریافت کرده اید:		
تعداد خسارت:		مبلغ خسارت:	

۳- مسئولیت خود را در چه زمینه هایی می خواهید تحت پوشش بیمه قرار دهید؟

۴- میزان تعهدات مورد درخواست به تناسب فعالیت متقاضی :

ریال	هزینه پزشکی برای هرنفر در هر حادثه	حدود تعهدات جانی
ریال	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه	
ریال	گرامت فوت و نقص عضو برای هرنفر در هر حادثه در ماههای عادی	
ریال	گرامت فوت برای هرنفر در هر حادثه در ماههای حرام	
ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
ریال	خسارت مالی وارده به اشخاص ثالث در هر حادثه	حدود تعهدات مالی در قبال اشخاص ثالث
ریال	خسارت مالی وارده به اشخاص ثالث در طول مدت اعتبار بیمه نامه	

نکته مهم:

در مواردی که پوشش های بیمه ای بند ۷ (بند فوق) با نوع فعالیت متقاضی متناسب نبوده و یا مورد درخواست نمی باشد، بصورت شفاف عبارت "این پوشش مورد درخواست نمی باشد" قید گردد.

۵- پوشش های اضافی:

<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بلی	پوشش تعدد دیات	پوشش شماره یک:
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بلی	پوشش افزایش سقف تعهدات بیمه گر برای سنوات آتی (-----بار)	پوشش شماره دو

۶- مدت اعتبار بیمه نامه موردخواست :----- (ماه / روز)

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

۷- هرگونه مدرکی که می تواند در شناسایی و ارزیابی ریسک به بیمه گر کمک می نماید را ضمیمه پرسشنامه فرماید.

مهر و امضاء پیشنهاد دهنده:

مهر و امضاء نمایندگی :

تاریخ : -----