



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیر / هیأت مدیره ساختمان

مدیریت کل بیمه های مسئولیت و حمل و نقل

مشخصات متقاضی

وضعیت: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی										نوع شخص: <input type="checkbox"/> حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی									
کد ملی										خانم/آقای									
شناسه ملی										شرکت/موسسه									
نام مدیر عامل										شناسه اقتصادی									
کد پستی										آدرس:									
نمبر										تلفن همراه									

مشخصات ساختمان

• آیا محل مورد بیمه دارای بیمه نامه آتش سوزی می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله										• نام ساختمان:									
• آیا محل مورد بیمه دارای مجموعه استخر/سونا/جکوزی می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله										• مساحت کل زیر بنا: متر مربع									
• آیا محل مورد بیمه دارای سالن سینما می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله										• کاربری ساختمان:									
• آیا محل مورد بیمه دارای شهربازی می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله										<input type="checkbox"/> مسکونی اداری <input type="checkbox"/> تجاری									
• آیا محل مورد بیمه دارای باشگاه ورزشی می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله										<input type="checkbox"/> مسکونی/تجاری <input type="checkbox"/> اداری/تجاری									

تعهدات درخواستی

ریال	حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	۳
ریال	حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای کل اشخاص در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
ریال	حداکثر تعهد غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی برای هر نفر در هر حادثه	
ریال	حداکثر تعهد غرامت فوت در ماههای حرام برای هر نفر در هر حادثه	
ریال	حداکثر تعهد غرامت فوت و نقص عضو برای کل اشخاص در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
ریال	حداکثر تعهد مالی در هر حادثه	۳
ریال	حداکثر تعهد مالی برای کل خسارات در طول مدت اعتبار بیمه نامه	

مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت روز ، از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ درخواست می گردد.

- * آیا پوشش تعدد دیات مورد نیاز است؟ بله خیر
- * پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه، حداکثر برای ۱ سال برای ۲ سال برای ۳ سال مورد نیاز است.
- * آیا مهلت پرداخت بخش نقدی حق بیمه به مدت ۱۵ روز از تاریخ شروع بیمه نامه مورد درخواست است؟ بله خیر

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.....

نام و نام خانوادگی متقاضی: (مهر و امضاء) مهر و امضاء نمایندگی: