

نشانی: تهران - میدان ونک
خیابان ونک - پلاک ۹
کد پستی: ۱۹۹۴۶۳۵۳۸۱
تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۹۰
www.bimehma.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای



از شرکت بیمه "ما" درخواست می شود پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی عمومی را بر اساس مندرجات این پیشنهاد صادر نمایید.

مشخصات بیمه گذار

نام: کد ملی / کد اقتصادی:
تاریخ تولد/ تأسیس: روز ماه سال
تلفن: کد پستی:
نشانی:

نماینده/ کارگزار:
کد:
کد واحد صدور:

مشخصات فعالیت

نوع فعالیت:

مسئولیت حرفه ای خود را در چه زمینه هایی می خواهید تحت پوشش بیمه در آورید؟

لطفاً جزئیات انجام کار را شرح دهید.

حجم فعالیت روزانه/ ماهانه/ سالانه از لحاظ تعداد و ارزش ریالی (کمی/کیفی):

چند سال سابقه در این نوع فعالیت دارید؟ محدوده جغرافیایی فعالیت:

ضوابط ایمنی، حفاظتی، دستورالعمل و قانونی مرتبط با فعالیت:

در صورتی که خواهان پوشش بیمه ای برای قرارداد خاصی مورد نظر است لطفاً مشخصات آن را مرقوم فرمایید.

آیا تا کنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟ شماره بیمه نامه و نام بیمه گر قبلی را بنویسید و علت تغییر بیمه گر را بیان کنید.

آیا در سه سال گذشته حادثه منجر به خسارت داشته اید؟ میزان و شرح آن را بنویسید.

مهمترین ریسک های بالقوه ای که ممکن است منجر به ادعای تأمین و جبران خسارت ناشی از حرفه شما شود چیست؟

خطرات احتمالی:

شرح اقدامات قانونی که برای عدم تحقق خسارت در حوزه فعالیت و حرفه خود انجام می دهید را بیان کنید؟

الف - در هر حادثه :

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در ماه های عادی : ریال .
 حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در ماه های حرام : ریال .
 حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر : ریال .
 حداکثر خسارت مالی در هر حادثه : ریال .

ب - در طی دوره بیمه :

حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو : ریال .
 حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه پزشکی : ریال .
 حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارات مالی : ریال .

لطفاً هر گونه توضیحی که می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید را بنویسید.

مدت بیمه نامه از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ به مدت روز می باشد.

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات اقدام نماید.

مهر یا امضای بیمه گذار :

تاریخ :