

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

نام بیمه گذار : .....

سمت : ..... کد ملی : .....

نشانی بیمه گذار : .....

تلفن ثابت : ..... تلفن همراه : ..... دورنگار : ..... کد پستی : .....

آیا تاکنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟  بلی  خیر

نام بیمه گر : ..... در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه : .....

آیا در پنج سال گذشته خسارتی به مراجعه کنندگان شما وارد شده است؟  بلی  خیر  
در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

.....

.....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه :

.....

.....

مشخصات مجتمع مورد بیمه

نام مجتمع : ..... نوع مجتمع : مسکونی  تجاری  اداری

نشانی مجتمع : .....

تلفن : ..... دورنگار : ..... کد پستی : .....

تعداد واحد : ..... تعداد طبقات : ..... مشخصات پله : .....

سال ساخت : ..... / ..... / ۱۳ ..... نوع سازه : آجری  خشت و گل  نیم اسکلت  تمام اسکلت  بتنی

نوع آسانسور : ..... ظرفیت آسانسور : ..... نفر ..... تعداد آسانسور : ..... تعداد طبقات آسانسور : .....

مشخصات کارکنان، شیفتها و ساعت کاری

نوع استخدام و تعداد کل کارکنان :

کارکنان دائمی : ..... نفر ..... رسمی : ..... نفر ..... پیمانی : ..... نفر ..... قراردادی : ..... نفر ..... روزمزد : ..... نفر

کارکنان موقت و فصلی : ..... حداقل : ..... نفر ..... حداکثر : ..... نفر

جمع کل کارکنان : ..... حداقل : ..... نفر ..... حداکثر : ..... نفر

تعداد و ساعت کاری کارکنان به تفکیک شیفت :

شیفت اول : ..... نفر از ساعت ..... تا ساعت ..... شیفت دوم : ..... نفر از ساعت ..... تا ساعت .....

شیفت سوم : ..... نفر از ساعت ..... تا ساعت ..... شیفت چهارم : ..... نفر از ساعت ..... تا ساعت .....

آیا کارکنان در تعطیلات رسمی نیز کار می کنند؟  بلی  خیر

شرح کلی اموال پیشنهاد شده برای مورد بیمه با ذکر ارزش واقعی :

۱- ساختمان و تاسیسات :

.....

.....

.....

.....

۲- محتویات شامل لوازم و ملزومات و اثاثه اداری :

.....

.....

.....

**پوشش های مورد درخواست بیمه گذار**

**پوشش های اصلی بیمه نامه :**

- پوشش آتش سوزی و انفجار(در مشاعات مجتمع)
- مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از آسانسور
- مسئولیت مدنی در قبال اشخاص ثالث
- مسئولیت مدنی در قبال نگهبانان و سرایداران مجتمع

**پوشش های اضافی بیمه نامه :**

- مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از سالن ورزشی مجتمع
- مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از محوطه بازی مجتمع
- مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از استخر و سونا مجتمع

**مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه**

مدت بیمه نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: تا ساعت ۲۴روز / / ۱۳

**میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار**

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
حداکثر خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث در هر حادثه	
حداکثر خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث در طول مدت بیمه	

LAF۰۳۳

تجدید نظر: ۰۱

صفحه: ۳ از ۳

بیمه سامان

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مجتمع های

مسکونی، تجاری و اداری



\*\* بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.\*\*

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

\*\* به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه‌گذار:

مهر، امضاء و تاریخ