



## پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیر / هیئت 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						
کدپستی						آدرس: .....						
نمبر						تلفن همراه						
مشخصات ساختمان												
آیا محل مورد بیمه دارای بیمه نامه آتش سوزی می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر						نام ساختمان: .....						
آیا محل مورد بیمه دارای مجموعه استخر و سونا می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر						مساحت کل زیر بنا: ..... متر مربع						
آیا محل مورد بیمه دارای سالن سینما می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر						کاربری ساختمان: <input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> تجاری <input type="checkbox"/> اداری/تجاری						
آیا محل مورد بیمه دارای شهربازی می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر												
آیا محل مورد بیمه دارای باشگاه ورزشی می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر												
تعهدات درخواستی												
ریال .....			حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ				۳ ۳					
ریال .....			حداکثر هزینه پزشکی برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ									
ریال .....			حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ									
ریال .....			حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ									
ریال .....			حداکثر تعهد مالی در هر حادثه به مبلغ				۳ ۳					
ریال .....			حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه برای مجموع خسارات به مبلغ									
مدت بیمه نامه												
بیمه نامه به مدت ..... روز ، از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... در خواست 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: ..... / ..... / ۱۳.....												
مهر و امضاء نمایندگی: .....						نام و نام خانوادگی متقاضی: .....						
مهر و امضاء						مهر و امضاء						