

LAF077	بیمه سامان	 بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 00	فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی برگزار کنندگان نمایشگاه در	
صفحه: ۱ از ۲	قبال اشخاص ثالث	

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: ۱۳ / /	دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐
شماره ملی (الزامی است):	تاریخ تأسیس: ۱۳ / /
تلفن همراه:	شماره ثبت:
سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:	شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است):

نشانی متقاضی (بیمه گذار):

تلفن: فکس: کدپستی:

آیا تاکنون بیمه نامه مسئولیت خریداری نموده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمایید:

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

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده 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 مورد بیمه

نام نمایشگاه: تاریخ برگزاری نمایشگاه:

موضوع فعالیت: مدت زمان برگزاری نمایشگاه:

وضعیت نمایشگاه:

شرح مختصری از فعالیت:

.....

محل برگزاری نمایشگاه:

.....

نوع مالکیت نمایشگاه: ☐ دولتی ☐ خصوصی

تعداد غرفه داران: حداکثر تعداد مراجعین روزانه: ساعت کاری نمایشگاه: از ساعت الی

وسایل و تجهیزات ایمنی: ☐ کپسول آتش نشانی ☐ جعبه کمک های اولیه ☐ سایر تجهیزات ایمنی:

آیا تمایل به اخذ پوشش جهت غرفه داران دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر

LAF077	بیمه سامان	 بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 00	فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی برگزار کنندگان نمایشگاه در	
صفحه: ۲ از ۲	قبال اشخاص ثالث	

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای 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 برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
** 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

بیمه گذار:
مهر،امضاء و تاریخ