

LAF091	بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای کارگزاران بیمه	 بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 00		
صفحه: ۱ از ۲		

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

کارگزار حقیقی	کارگزار حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: ۱۳ / /	نوع مالکیت: ☐ 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):
.....	سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:
.....	

نشانی:

تلفن ثابت: تلفن همراه: دورنگار: کد پستی:

موضوع فعالیت و نحوه انجام کار:

.....

حجم و ترکیب پرتفوی بیمه گذار:

نام شرکت های بیمه ای که فعالیت کارگزار در آن شرکت متمرکز است:

نسبت و ضریب خسارت پرتفوی بیمه گذار در تمام رشته های بیمه ای:

.....

حجم بدهی کارگزار به شرکت های بیمه طرف همکاری:

درصد سهم بیمه گذاران حقیقی از پرتفوی کارگزار: درصد سهم بیمه گذاران حقوقی از پرتفوی کارگزار:

تعداد کارکنان کارگزار و مشاغل ایشان:

آیا کارگزار به طور مستقیم با شرکت های بیمه کار می کند یا از طریق نمایندگان؟

تاریخ تأسیس کارگزاری: تعداد و روند رشد مشتریان:

سابقه تعلیق فعالیت یا لغو کد کارگزاری از بدو تأسیس و دلایل آن:

سوابق و تعداد شکایات صورت گرفته از کارگزار در بیمه مرکزی، مراجع قضایی و یا شرکت های بیمه طرف قرارداد طی پنج سال گذشته:

.....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:

.....

LAF091	بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای کارگزاران بیمه	 بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 00		
صفحه: ۲ از ۲		

.....

.....

آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت برای این فعالیت خریداری نموده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

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

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.

.....

.....

.....

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر خسارت مالی در هر ادعا	
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه	

*** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.***

– بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

– بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

*** به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید.***

نماینده/کارگزار: مهر، امضاء و تاریخ
--

بیمه گذار: مهر، امضاء و تاریخ
