

LAF092	بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای صرافان	
تجدید نظر: 00		
صفحه: 1 از 2		

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)	
بیمه گذار حقیقی	بیمه گذار حقیقی
نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): نوع مالکیت : دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐ تاریخ تأسیس: / / 13 شماره ثبت: شناسه ملی/ کد اقتصادی (الزامی است) : سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید :	نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / 13 شماره ملی (الزامی است): تلفن همراه: سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:

نشانی متقاضی (بیمه گذار):

تلفن : دورنگار : کدپستی :

نام و مشخصات ، میزان تحصیلات ، سابقه فعالیت و سمت های قبلی مدیر صرافی را تعریف نموده و مدارک مثبته را ضمیمه ی این فرم نمایید.

.....

.....

میزان سرمایه صرافی :

موضوع فعالیت و نحوه انجام کار :

.....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه :

.....

.....

آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت برای این فعالیت 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.

.....

.....

آیا اعضای محترم هیئت مدیره صرافی دارای گواهینامه مهارت انجام عملیات صرافی از موسسه های مورد تایید بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران می باشند؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا صرافی دارای مجوز فعالیت با موافقت کتبی بانک مرکزی جمهوری اسلامی برای شروع یا ادامه فعالیت می باشد؟

☐ بلی
 ☐ خیر

آیا صرافی خود را مقید به رعایت قوانین و مقررات ذیربط، مصوبات شورای پول و اعتبار و بخشنامه های بانک مرکزی نموده است؟

☐ بلی
 ☐ خیر

آیا صرافی وابسته به موسسه، بانک دولتی یا خصوصی و یا یکی از موسسات اعتباری مجاز می باشد؟

☐ بلی
 ☐ خیر

آیا مکان فعالیت صرافی از لحاظ رعایت مسائل حفاظتی و امنیتی به تایید مراجع ذیصلاح انتظامی رسیده است؟

☐ بلی
 ☐ خیر

آیا صرافی دارای سوابق چک برگشتی رفع سوء اثر نشده در شبکه بانکی کشور می باشد؟

☐ بلی
 ☐ خیر

سایر توضیحات :

.....

.....

.....

مدت زمان مورد درخواست بیمهنامه	
مدت بیمهنامه: روز.	تاریخ شروع: از ساعت 24روز / / 13
تاریخ انقضاء: از ساعت 24روز / / 13	
پوشش ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	
تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر خسارت مالی برای هر نفر در هر ادعا	
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه (برای تمامی ادعاهای مطروحه قابل قبول)	
** 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 بیمهنامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**	
- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمهنامه 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 بیمهنامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمهنامه صادر خواهد گردید. **	
بیمه گذار: مهر، امضاء و تاریخ	نماینده/کارگزار: مهر، امضاء و تاریخ