



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-4460-FR-110

شماره بازنگری: 00

پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه‌ای

دفاتر پیشخوان دولت

بیمه‌گذار مشخصات	نام بیمه‌گذار:	کد ملی / کد اقتصادی:	کد نمایندگی:															
	تاریخ تولد / تاسیس:	کد پستی:	خانم / آقای:															
	نشانی:	تلفن همراه:	کارگزار:															
	تلفن ثابت:	نمبر:	واحد صدور:															
مدت	مدت بیمه‌نامه: روز/ سال. تاریخ شروع بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه‌نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ																	
مشخصات فعالیت	<p>موضوع فعالیت:</p> <p>در چه زمینه‌هایی می‌خواهید مسئولیت خود را تحت پوشش قرار دهید:</p> <p>جزئیات انجام کار را شرح دهید:</p> <p>حجم فعالیت روزانه / ماهانه / سالانه: چند سال سابقه کار در این فعالیت دارید؟ سال. ساعات کاری: از تا</p> <p>تعداد کارکنان متخصص در هر یک از بخش‌ها: نفر. محدوده جغرافیایی فعالیت:</p> <p>تعداد افراد مراجعه کننده و تردد کننده در معرض خطر در ساعات کاری فعالیت بیمه‌گذار در محل مورد بیمه:</p> <p>روزانه: نفر. ماهانه: نفر. سالیانه: نفر.</p> <p>در محدوده فعالیت، مهم‌ترین ریسک‌های بالقوه‌ای که ممکن است منجر به ادعایی ناشی از حرفه شما گردد، چیست؟</p> <p>اقدامات ایمنی و احتیاطی انجام شده در جهت کاهش خطرات مالی و جانی:</p> <p>فاصله تا نزدیک‌ترین مرکز درمانی: نام مرکز درمانی:</p>																	
سوابق خسارت	<p>شماره بیمه‌نامه سال قبل: نام بیمه‌گر قبلی:</p> <p>آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>تعداد</th> <th>نوع حادثه (فوت / نقص عضو / مالی و ...)</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> <th>علت / مقصر حادثه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو / مالی و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه										
تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو / مالی و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه														
میزان تعهدات در خواستی	<p>الف: در هر حادثه</p> <p>حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه‌های حرام: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی برای هر نفر: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد خسارت مالی: ریال.</p> <p>ب: در طی دوره بیمه‌نامه</p> <p>حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد خسارت مالی: ریال.</p>																	
تاییدیه بیمه‌گذار	<p>اینجانب به عنوان بیمه‌گذار / نماینده بیمه‌گذار تعهد می‌نمایم که اظهارات درج‌شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای دفاتر پیشخوان دولت تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو موافقت می‌گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد.</p> <p>تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه‌گذار:</p>																	
این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می‌گردد:																		
مهر، امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:		تاریخ دریافت پیشنهاد:																