

## فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه‌ای مدیران و سرپرستان

خواهشمند است بیمه‌نامه مسئولیت با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می‌نمایم نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد. تنها حوادثی که در محدوده مکانی و زمانی بیمه‌نامه رخ دهد و بیمه‌گذار مسئول آن شناخته شود، تحت پوشش این بیمه‌نامه خواهد بود.

نام متقاضی بیمه : _____ تاریخ تولد/تأسیس : روز _____ ماه _____ سال _____ کدپستی : _____ نشانی: _____ کد/شناسه ملی : _____ شماره ثبت/شناسنامه : _____ تلفن / همراه : _____	اسامی مدیر/مدیران : _____ خلاصه‌ای از شرح وظایف مدیر/مدیران : _____ سمت و سابقه مدیریت در پست سازمان فعلی: _____ سمت‌های پیشین در سازمان‌های پیشین : _____									
لطفاً چنانچه در ۳ سال گذشته ادعایی بر علیه شما در خصوص خسارت مالی شده است، با ذکر میزان در جدول ذیل تشریح نمائید. <b>جدول ۱- سابقه خسارت</b>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">نام مدعی</th> <th style="width: 33%;">موضوع ادعا</th> <th style="width: 33%;">مبالغ پرداختی (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		نام مدعی	موضوع ادعا	مبالغ پرداختی (ریال)						
نام مدعی	موضوع ادعا	مبالغ پرداختی (ریال)								
مدت بیمه : _____ روز _____ از تاریخ _____ تا تاریخ _____										
حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت جبران خسارت مالی در هر حادثه : _____ ریال حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت جبران خسارات مالی در طول مدت بیمه‌نامه : _____ ریال										

لطفاً تصاویر مستندات زیر منضم به فرم پیشنهاد و ارسال گردد :

۱- مجوز فعالیت ۲- آگهی تأسیس ۳- اساسنامه ۴- گواهینامه یا استانداردهای اخذ شده

ضمناً اعلام می‌دارد که اظهارات فوق‌الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه‌نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء بیمه‌گذار :

نماینده / کارگزار :

تاریخ: