

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی پیمانکاران پروژه های عمرانی در برابر اشخاص ثالث



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: کد ملی/ شناسه ملی: شماره ثبت: تاریخ ثبت/ تولد: / / کد اقتصادی: نشانی: کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:
مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی	موضوع فعالیت و نحوه انجام کار: نشانی و محدوده مکانی پروژه: تلفن: پروژه درون شهری <input type="checkbox"/> پروژه برون شهری <input type="checkbox"/> شماره پیمان: تاریخ شروع و پایان پیمان: پروژه های عمرانی ملی: ساخت بزرگراه <input type="checkbox"/> پل <input type="checkbox"/> سد <input type="checkbox"/> راهسازی <input type="checkbox"/> استادبوم <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (عنوان فعالیت قید گردد) پروژه های عمرانی: ساخت کارخانه <input type="checkbox"/> احداث پمپ بنزین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (عنوان فعالیت قید گردد) پروژه های عمرانی صنعتی: احداث کارخانه فولادسازی <input type="checkbox"/> اتومبیل سازی <input type="checkbox"/> تجهیزات نیروگاهی <input type="checkbox"/> پتروشیمی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (عنوان فعالیت قید گردد) آیا پروژه توأم با انفجار است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مرحله پروژه: اجرا <input type="checkbox"/> تحویل موقت و آزمایشی <input type="checkbox"/> بهره برداری <input type="checkbox"/> وضعیت تردد اشخاص (عابرین) در مجاورت پروژه: خلوت <input type="checkbox"/> نیمه شلوغ <input type="checkbox"/> شلوغ <input type="checkbox"/> خیلی شلوغ <input type="checkbox"/> میانگین تردد وسایل نقلیه عبوری و نزدیکی سازه های مجاور به محل مورد بیمه: متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> خیلی زیاد <input type="checkbox"/> فاصله نزدیک ترین روستا یا تأسیسات کشاورزی به محل اجرای پروژه: فاصله نزدیک ترین مرکز امداد رسانی به محل اجرای پروژه: فاصله نزدیک ترین مرکز آتش نشانی به محل اجرای پروژه: احتمال تردد احشام به محل پروژه: وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/>
سابقه بیمه ای	آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی، هزینه پزشکی و یا خسارت مالی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل فرمایید:
مدت بیمه	مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش در هر حادثه در ماه های عادی: ریال حداکثر تعهد بیمه گر جهت دیه فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال حداکثر هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: ریال حداکثر تعهد بیمه گر در طی دوره بیمه: ریال حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: ریال حداکثر تعهد مالی ناشی در هر حادثه: ریال حداکثر تعهد مالی در طی دوره بیمه: ریال

FO-LI-03-04

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می‌تواند بیمه‌گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

همچنین اعلام می‌دارد اظهارات یاد شده براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می‌شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می‌نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر یا پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.