

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی شهرداری در برابر شهروندان



قابل توجه بیمه‌گذار 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 بیمه‌گذار	نام بیمه گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت:																												
	تاریخ تولد/ ثبت: / / کد اقتصادی:																												
فعالیت بیمه گذار	نشانی:																												
	کدپستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:																												
مشخصات فعالیت بیمه گذار	محدوده پوشش:																												
	جمعیت منطقه تحت پوشش شهرداری/ دهیاری طبق آخرین گزارش مرکز آمار ایران: نفر. جمعیت سربار:																												
مشخصات سابقه بیمه ای	آیا منطقه تحت پوشش شهرداری/ دهیاری جزو مناطق گردشگری و یا مسافرپذیر است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																												
	آیا منطقه تحت پوشش شهرداری/ دهیاری جزو مناطق حادثه خیز (حوادث طبیعی) است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																												
سابقه بیمه ای	آیا بیمه گذار قبلاً بیمه مسئولیت داشته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره کامل بیمه نامه را اعلام فرمائید.																												
	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی، هزینه های پزشکی و یا خسارت مالی در محدوده مورد بیمه روی داده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود:																												
سابقه بیمه ای	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد صدمه بدنی</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>تعداد خسارت مالی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)																					
	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)																						
آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.																													
مدت بیمه	مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز																												
تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ریال.																												
	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ریال.																												
سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط	حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال.																												
	حداکثر تعهد مالی در هر حادثه: ریال.																												
سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ریال.																												
	حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ریال.																												
سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط	حداکثر تعهد مالی: ریال.																												
	چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.																												
همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید 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 بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.