

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی نصابان و نگهدارانندگان  
 تابلوهای تبلیغاتی در برابر اشخاص ثالث



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

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... شماره ثبت: .....																											
	تاریخ ثبت / تولد: ..... / ..... / ..... کد اقتصادی: .....																											
مشخصات فعالیت بیمه گذار	نشانی: .....																											
	کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... پست الکترونیک: .....																											
مشخصات فعالیت بیمه گذار	نحوه اجرای کار: .....																											
	نحوه نگهداری و بازدید: .....																											
مشخصات فعالیت بیمه گذار	نوع تجهیزات ایمنی و حفاظتی: .....																											
	خطرات احتمالی: .....																											
مشخصات فعالیت بیمه گذار	آیا تبلیغات بر روی تابلوها در سطح زمین نصب می شوند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت نصب در ارتفاع، حداکثر چه ارتفاعی)																											
	تعداد تابلوهای نصب شده در سه سال گذشته: .....																											
مورد درخواست پوشش های تکمیلی	آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟																											
	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری در هر حادثه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ربالی دیه در سال های بعد یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/>																											
سابقه بیمه ای	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی، هزینه های پزشکی 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 تکمیل شود.																											
	<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)																						
مدت بیمه	آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.																											
	مدت بیمه: ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....																											

در هر حادثه:

- 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.
  - حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.
  - حداکثر تعهد مالی: ..... ریال.
- در طی دوره بیمه:
- حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ..... ریال.
  - حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ..... ریال.
  - حداکثر تعهد مالی: ..... ریال.

ردیف	ابعاد	ارتفاع	جنس	نوع تابلو		وزن	تعداد	همسطح یا غیر همسطح
				الکتربیکی	سایر			
۱-								
نشانی:								
۲-								
نشانی:								
۳-								
نشانی:								
۴-								
نشانی:								
۵-								
نشانی:								
۶-								
نشانی:								
۷-								
نشانی:								
۸-								
نشانی:								
۹-								
نشانی:								
۱۰-								
نشانی:								

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 براساس اصل 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 / کار گزار بیمه: نام و امضاء بیمه گذار: