

## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی در برابر اشخاص ثالث

قابل توجه بیمه‌گذار محترم: نظر به اینکه بیمه‌نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می‌شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... شماره ثبت: .....																												
	تاریخ ثبت / تولد: ..... / ..... / ..... کد اقتصادی: .....																												
مشخصات فعالیت بیمه‌گذار و نشانی	نشانی: .....																												
	کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... پست الکترونیک: .....																												
سابقه بیمه ای	نشانی دقیق محل مورد بیمه (ارائه لیست آدرس‌های مورد نظر جهت بیمه شدن الزامیست) .....																												
	موضوع فعالیت (لطفاً شرح کامل فعالیت و خطرات مرتبط را ذکر نمایید) .....																												
مدت بیمه	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 سازه‌های مجاور به محل مورد بیمه: متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> خیلی زیاد <input type="checkbox"/>																												
تعدادات بیمه‌گر	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی، هزینه پزشکی و یا خسارت مالی در ارتباط با فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>																												
	در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.																												
سایر اطلاعات بیمه‌ای مرتبط	<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 بیمه‌گذار، بیمه‌نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>																													
تاریخ تکمیل	مدت بیمه: ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....																												
	در هر حادثه:																												
نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:	حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه و ارش هر نفر: ..... ریال.																												
	حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه‌های حرام: ..... ریال.																												
نام و امضاء بیمه‌گذار:	حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.																												
	حداکثر تعهد مالی: ..... ریال.																												
تاریخ تکمیل	در طی دوره بیمه:																												
	حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه و ارش: ..... ریال.																												
تاریخ تکمیل	حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ..... ریال.																												
	حداکثر تعهد مالی: ..... ریال.																												
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 بیمه‌نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می‌شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه 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 بیمه‌گذار:																													

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