

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	نشانی دقیق محل مورد بیمه: موضوع فعالیت: لطفاً شرح فعالیت و خطرات مرتبط را ذکر فرمائید: مسئولیت خود را در چه زمینه هایی می خواهید تحت پوشش بیمه در آورید؟ آیا فعالیت تحت نظر واحد بهداشت، ایمنی و محیط زیست (HSE) صورت می گیرد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورتی که ارگان دیگری بر فعالیت مورد درخواست، نظارت دارد اعلام نمائید. آیا موضوع فعالیت نیاز به اخذ گواهینامه و یا پروانه رسمی دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، شماره و تاریخ اعتبار را قید فرمائید. مسئولیت خود را در قبال چه کسانی می خواهید تحت پوشش بیمه در آورید؟ اشخاص ثالث <input type="checkbox"/> افراد طرف قرارداد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نوع امکانات ایمنی و حفاظتی فعالیت:																																			
سابقه بیمه ای	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی یا هزینه پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">تاریخ حادثه</th> <th style="width: 15%;">نوع حادثه</th> <th style="width: 15%;">تعداد فوت</th> <th style="width: 15%;">تعداد صدمه بدنی</th> <th style="width: 15%;">تعداد هزینه پزشکی</th> <th style="width: 15%;">تعداد خسارت مالی</th> <th style="width: 15%;">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> <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																																			

FO-LI-135-02

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.

درخواست اعمال فرانشیز هزینه پزشکی به میزان: صفر درصد پنج درصد ده درصد پانزده درصد بیست درصد بیست و پنج درصد

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 / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.