

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی
بر گزار کنندگان نمایشگاه 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 تولد / ثبت:	کد اقتصادی:	نشانی:				
مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی	نام نمایشگاه:	تاریخ تأسیس:	نوع مالکیت:				
	نشانی نمایشگاه:	موضوع فعالیت:	مدت برگزاری نمایشگاه:				
سابقه خسارت	ساعات کاری:	متوسط تعداد بازدیدکنندگان روزانه:	تعداد غرفه داران:				
	وسایل و تجهیزات ایمنی محل:	نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:	ابعاد غرفه ها:				
مدت بیمه	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؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر						
	در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.						
تعهدات بیمه گر	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)
مورد درخواست پوشش های تکمیلی	آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.						
	مدت بیمه:	روز از ساعت ۲۴ روز	تا ساعت ۲۴ روز				
پوشش های تکمیلی	در هر حادثه:						
	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر:	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام:	حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر:	حداکثر تعهد مالی (صرفاً بابت خودروهای اشخاص ثالث در محدوده پارکینگ اختصاصی نمایشگاه):	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش:	حداکثر تعهد هزینه پزشکی:	حداکثر تعهد مالی (صرفاً بابت خودروهای اشخاص ثالث در محدوده پارکینگ اختصاصی نمایشگاه):
آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟							
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه.						
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه.						
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	هزینه کارشناسی در هر حادثه						
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری در هر حادثه						
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار						

FO-LI-126-02

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.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده /کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل:

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