

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیر/هیأت مدیره مجتمع های مسکونی یا اداری در برابر ساکنان، مراجعان و اشخاص ثالث



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد در خواست 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 و نشانی | نشانی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی | نام مرکز تجاری، اداری یا مسکونی: تاریخ تأسیس: / / نوع کاربری: <input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> تجاری | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | نشانی محل مورد بیمه: تعداد بلوک: تعداد طبقات: تعداد واحد: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| پوشش های تکمیلی مورد درخواست | سایر اطلاعات مورد درخواست: آیا ساختمان دارای پارکینگ است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا ساختمان دارای استخر و سونا می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا ساختمان دارای آسانسور است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | آیا ساختمان دارای بیمه نامه مسئولیت مدنی دارندگان آسانسور در قبال استفاده کنندگان است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی شماره بیمه نامه: تاریخ انقضاء: آیا ساختمان دارای بیمه نامه مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی شماره بیمه نامه آتش سوزی و نام شرکت بیمه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سابقه بیمه ای | آیا ساختمان مجهز به سیستم اعلام و اطفاء حریق است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا ساختمان دارای دوربین مدار بسته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری در هر حادثه ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ربالی دیه در سال های بعد <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مدت بیمه | 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؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل گردد: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FO-LI-97-02

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.

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.