

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: .....																									
مشخصات واحد اقامتی بیمه گذار	نشانی محل مورد بیمه: .....	کد پستی: .....	تلفن: .....																								
	سال تأسیس: ..... / ..... / .....	تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری: .....	شماره پروانه بهره برداری: .....																								
مشخصات پوشش های تکمیلی مورد درخواست	تعداد طبقات ساختمان: .....	ظرفیت (تعداد تخت): .....	تعداد اتاق: .....																								
	تعداد استفاده کنندگان از واحد اقامتی در طول یک سال: .....	نفر ضریب اشغال واحد اقامتی: .....	نفر (حداقل ضریب اشغال برابر میانگین اشغالی در چهار فصل گذشته می باشد).																								
سابقه بیمه ای	مساحت پارکینگ: .....	مترمربع با گنجایش: .....	اتومبیل .....																								
	آیا درخواست پوشش مالی به خودروهای مهمانان در پارکینگ واحد اقامتی را دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	آیا مسئولیت سایر اشخاص (مالک/ مستأجر/ ...) تحت پوشش قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	نام اشخاص به همراه نقش آن ها در مجموعه قید گردد.																								
پوشش های تکمیلی مورد درخواست	تعداد آسانسورها و ظرفیت هر یک: .....	سایر امکانات رفاهی محل مورد بیمه (رستوران، کافه، استخر، باشگاه ورزشی و ...) قید گردد.																									
	* جهت برخورداری از پوشش خسارات ناشی از استفاده از آسانسور، استخر، سونا، سالن ورزشی و ... لطفاً فرم پیشنهاد مجزا تکمیل گردد.	آیا واحد اقامتی دارای نگهبان می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	آیا قسمت پذیرش واحد اقامتی مجهز به سیستم کامپیوتری است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																								
سابقه بیمه ای	آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟	پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																								
	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"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	هزینه کارشناسی در هر حادثه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسمری در هر حادثه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																							
سابقه بیمه ای	ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال.	ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال.	پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																								
	ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال.	پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسمری در هر حادثه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																								
<p>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"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.</p> <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>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <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> </tr> <tr> <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	مبلغ خسارت (ریال)																		
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																						
<p>آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.</p>																											

مدت بیمه	مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....
تعهدات بیمه گر	<p><b>در هر حادثه:</b></p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.</p> <p><b>در طی دوره بیمه:</b></p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ..... ریال.</p>
سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط	<p>چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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.

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 نمی باشد.