

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی،
انفجار در برابر اشخاص ثالث (واحدهای مسکونی / اداری و تجاری)



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 ثبت / تولد: / / کد اقتصادی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| محل مورد بیمه | نشانی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| محل مورد بیمه | کاربری محل مورد بیمه: شماره بیمه نامه آتش سوزی: نام شرکت بیمه: تاریخ اعتبار: الی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | نشانی محل مورد بیمه: کد پستی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اموال مجاور | مشخصات اموال مجاور مورد بیمه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | از شمال: از جنوب: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| پوشش های تکمیلی مورد درخواست | از شرق: از غرب: توضیحات دیگر: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سابقه بیمه ای | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری در هر حادثه ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ترکیدگی لوله های آب | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سابقه بیمه ای | <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> </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"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بیمه مدت | مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تعهدات بیمه گر | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FO-LI-29-04

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.