

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی
بر گزار کنندگان نمایشگاه در قبال اشخاص ثالث



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

مشخصات بیمه گذار	نام متقاضی بیمه: کد ملی / شناسه ملی: نام پدر: تاریخ تولد/تأسیس: ۱۳..... /..... /.....																												
	وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> شماره شناسنامه/ شماره ثبت: کد اقتصادی: نشانی: کد پستی: تلفن: همراه: پست الکترونیک:																												
مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی	نام نمایشگاه: تاریخ تأسیس: ۱۳..... /..... /..... نوع مالکیت: موضوع فعالیت: مدت برگزاری نمایشگاه: تعداد غرفه داران: ساعات کاری: متوسط تعداد بازدیدکنندگان روزانه: ابعاد غرفه ها: وسایل و تجهیزات ایمنی محل: نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه: نوع پوشش کف: نوع اسکلت غرفه ها:																												
	آیا تاکنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟ نام بیمه گر: شماره بیمه نامه: لطفاً چنانچه در ۳ سال گذشته ادعایی علیه شما شده با ذکر مبلغ، آن را تشریح نمایید:																												
سابقاً، خسارت	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</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 نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)																					
	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)																						
آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.																													
مدت بیمه	مدت بیمه: روز از تاریخ: ۱۳..... /..... /..... تا تاریخ: ۱۳..... /..... /.....																												
	<p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال.</p> <p>حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: ریال.</p> <p>حداکثر خسارت مالی ناشی از خطرات موضوع بیمه نامه در هر حادثه: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.</p> <p>حداکثر خسارت مالی طی دوره بیمه: ریال.</p>																												
تعهدات بیمه گر	ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.																												
	تاریخ تکمیل: نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه: نام و امضاء متقاضی بیمه:																												

FO-LI-126-00