

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.

<b>بیمه گذار</b>	خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.																												
<b>مشخصات</b>	نام متقاضی: ..... کد اقتصادی: ..... شناسه ملی/ کد ملی: ..... شماره ثبت/ شماره شناسنامه: ..... تاریخ تأسیس/ تاریخ تولد: ..... / ..... / ۱۳..... نشانی: ..... کد پستی: ..... پست الکترونیک: ..... تلفن: ..... دورنگار: ..... همراه: .....																												
<b>مشخصات فعالیت بیمه گذار</b>	محل مورد بیمه: ..... کد پستی: ..... درجه واحد: ..... سال تأسیس: ..... / ..... / ۱۳..... تاریخ و شماره پروانه بهره برداری: ..... تعداد طبقات ساختمان: ..... ظرفیت (تعداد تخت): ..... تعداد اتاق: ..... تعداد سوئیت، ویلا و آپارتمان: ..... 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). مساحت پارکینگ: ..... مترمربع با گنجایش: ..... اتومبیل آیا درخواست پوشش مالی به خودروهایی مهمانان در پارکینگ واحد اقامتی را دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر تاریخ آخرین تعمیرات اساسی ساختمان: ..... تعداد آسانسورها: ..... آیا ساختمان واحد اقامتی و امکانات آن از استانداردهای فنی و بهداشتی مناسبی برخوردار است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر لطفاً مختصراً امکانات موجود را توضیح دهید: (سونا، استخر، سالن ورزشی و...) ..... * جهت برخورداری از پوشش خسارات ناشی از استفاده از آسانسور، استخر، سونا، سالن ورزشی و ... لطفاً فرم پیشنهاد مربوطه تکمیل گردد. آیا واحد اقامتی دارای بخش یا صندوق نگهداری امانات است؟ لطفاً توضیح دهید. .... آیا واحد اقامتی دارای نگهبان می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا قسمت پذیرش واحد اقامتی مجهز به سیستم کامپیوتری است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا وسایل فوریت های پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در واحد اقامتی موجود است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا ساختمان واحد اقامتی دارای امکانات اطفای حریق است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (لطفاً امکانات موجود را مختصراً توضیح دهید) آیا ساختمان واحد اقامتی تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی، صاعقه، طوفان و زلزله است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نزد کدام شرکت بیمه؟ ..... تاریخ پایان اعتبار بیمه نامه: ..... شماره بیمه نامه: ..... سایر توضیحات: .....																												
<b>سابقه بیمه ای</b>	آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید. آیا در طول سه سال اخیر خسارتی ناشی از مسئولیت واحد اقامتی به مهمانان وارد آمده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ در جدول ذیل مرقوم فرمایید:																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">تاریخ حادثه</th> <th style="width: 15%;">نوع حادثه</th> <th style="width: 15%;">تعداد فوت</th> <th style="width: 15%;">تعداد نقص عضو</th> <th style="width: 15%;">تعداد هزینه پزشکی</th> <th style="width: 15%;">تعداد خسارت مالی</th> <th style="width: 15%;">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؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید. ....																													

مدت بیمه : ..... روز

از تاریخ: ..... / ..... / ۱۳ تا تاریخ: ..... / ..... / ۱۳

حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ..... ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ..... ریال.

حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه: ..... ریال.

خسارت مالی ناشی از خطرات موضوع این بیمه نامه در هر حادثه: ..... ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ..... ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: ..... ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت خسارات مالی در طی دوره بیمه: ..... ریال.

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل 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 امضای نماینده/کارگزار بیمه:

نام و امضای بیمه گذار: