

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیر/هیأت مدیره مجتمع های مسکونی یا اداری در قبال ساکنان، مراجعان و 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 را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.																																		
مشخصات بیمه گذار	نام کامل بیمه گذار: شماره ملی / شناسه ملی: کد اقتصادی: شماره شناسنامه / ثبت: .....																																	
	نشانی بیمه گذار: .....																																	
	تلفن: دورنگار: پست الکترونیک: .....																																	
مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی	نام مرکز تجاری، اداری یا مسکونی: تاریخ تأسیس: / / ۱۳۰۰ نوع کاربری: <input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> تجاری																																	
	نشانی محل مورد بیمه: .....																																	
	تعداد بلوک: تعداد طبقات: تعداد واحد: .....																																	
	سایر اطلاعات مورد درخواست: .....																																	
	آیا ساختمان دارای پارکینگ است؟ <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 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 در شرکت بیمه نوین: .....																																	
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 ساختمان دارای استخر و سونا می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																																	
	آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.																																	
	تعداد حوادث در ۳ سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو، هزینه پزشکی و یا خسارات مالی شده است:																																	
<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؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.																																		
مدت بیمه: روز ..... از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....																																		
تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: .....																																	
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: .....																																	
	حداکثر هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: .....																																	
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت خسارت مالی ناشی از خطرات موضوع این بیمه نامه در هر حادثه: .....																																	
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: .....																																	
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: .....																																	
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت خسارت مالی در طی دوره بیمه نامه: .....																																	
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 پیشنهاد: مهر و امضای نمایندگی / کارگزاری: نام / مهر و امضای بیمه گذار:																																		