

## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی سالن های همایش

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 در مقابل اشخاص ثالث را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.																													
بیمه گذار مشخصات	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/ثبت: کد اقتصادی: نشانی: کد پستی: تلفن: همراه: پست الکترونیک:																												
مشخصات فعالیت بیمه گذار	نام مرکز همایش: خدمات جانبی سالن همایش:																												
	نشانی مرکز همایش: مشخصات سالن های همایش: تعداد سالن ها: ظرفیت هر سالن: تعداد طبقات: ابعاد هر سالن: تعداد صندلی در هر سالن: کل مساحت مرکز همایش: تعداد نوبت برنامه در سالن های مذکور طی هر شبانه روز: نوبت برآورد تعداد روزهای برگزاری: مدت زمان هر سانس: وسایل و تجهیزات ایمنی محل: نوع خطرات احتمالی در جریان برگزاری:																												
	آیا قبلاً بیمه نامه مسئولیت داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را مرقوم فرمایید:																												
	لطفاً چنانچه در ۳ سال گذشته ادعایی بر علیه شما شده است با ذکر میزان تشریح نمایید:																												
سابقه بیمه ای	<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>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 نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																		
	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	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 هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد جهت هزینه پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.</p>																												
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 امضاء نماینده /کارگزار بیمه:		نام و امضاء متقاضی بیمه:																									