

# پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی شهرداری در قبال شهروندان



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. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |           |               |                   |                  |
| بیمه گذار<br>مشخصات                                                                                                                  | نام پیشنهاد دهنده: ..... شناسه ملی: ..... کد اقتصادی: ..... تاریخ ثبت: ..... شماره ثبت: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |           |               |                   |                  |
|                                                                                                                                      | نشانی: .....<br>کد پستی: ..... تلفن: ..... نمابر: ..... پست الکترونیک: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |               |                   |                  |
| فناوریت بیمه گذار<br>مشخصات                                                                                                          | استان: ..... شهر: ..... منطقه شهرداری: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |               |                   |                  |
|                                                                                                                                      | جمعیت منطقه تحت پوشش شهرداری طبق آخرین گزارش مرکز آمار ایران: ..... نفر.<br>آیا منطقه تحت پوشش شهرداری، جزو مناطق مهاجرپذیر است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی<br>آیا منطقه تحت پوشش شهرداری، جزو مناطق گردشگری و یا مسافرپذیر است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی<br>آیا منطقه تحت پوشش شهرداری، جزو مناطق حادثه خیز (حوادث طبیعی) است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی |           |           |               |                   |                  |
| سابقه بیمه ای                                                                                                                        | آیا متقاضی قبلاً بیمه مسئولیت داشته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید: .....<br>آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو، هزینه های پزشکی و یا خسارت مالی در منطقه شهری مربوطه روی داده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی<br>در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:                  |           |           |               |                   |                  |
|                                                                                                                                      | تاریخ حادثه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | نوع حادثه | تعداد فوت | تعداد نقص عضو | تعداد هزینه پزشکی | تعداد خسارت مالی |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |           |               |                   |                  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |           |               |                   |                  |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |           |               |                   |                  |
|                                                                                                                                      | 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                                                                                                                             | مدت بیمه : ..... روز از تاریخ: ..... / ..... / ۱۳ تا تاریخ: ..... / ..... / ۱۳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |           |               |                   |                  |
| تعهدات بیمه گر                                                                                                                       | 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 خسارت 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.

نام و امضاء متقاضی بیمه:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: