



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی عمومی

کد مدرک: FO-LB-19/01

شماره:

تاریخ:

متقاضی گرامی! باتوجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را به صورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سؤالی غیرمرتبط است، در مقابل آن علامت بگذارید.

نمایندگی / کارگزار: کد:	نام پیشنهاددهنده: کد ملی / شناسه ملی:
	نام پدر: تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال کد پستی:
	تلفن / تلفن همراه: نشانی:

مشخصات پیشنهاددهنده

موضوع فعالیت: نشانی محل فعالیت: حجم فعالیت روزانه / ماهانه / سالانه: لطفاً جزئیات انجام کار را شرح دهید. سابقه فعالیت در این کار:	مسئولیت خود را در چه زمینه هایی می خواهید تحت پوشش بیمه در آورید؟ خطرات احتمالی فعالیت شما چیست؟ نوع امکانات ایمنی و حفاظتی که جهت جلوگیری از خسارت های احتمالی فعالیت خود در نظر گرفته اید را در زیر شرح دهید.
---	---

مشخصات فعالیت

<p style="text-align: center;">پیشینه خسارت و سوابق بیمه‌ای</p>	<p>لطفاً آمار حوادث در سه سال گذشته که منجر به احراز مسئولیت بیمه‌گذار ناشی از فعالیت مورد بیمه شده است را درج نمایید.</p> <p>شماره بیمه‌نامه سال قبل: _____ نام بیمه‌گر سال قبل: _____</p>
<p style="text-align: center;">تعهدات درخواستی</p>	<p>الف: در هر حادثه:</p> <p>ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش هر نفر در هر حادثه</p> <p>ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام</p> <p>ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه‌های پزشکی هر نفر در هر حادثه</p> <p>ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای خسارت‌های مالی در هر حادثه</p> <p>ب: در طی دوره بیمه:</p> <p>ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش در طی دوره بیمه</p> <p>ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه‌های پزشکی در طی دوره بیمه</p> <p>ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای خسارت‌های مالی در طی دوره بیمه</p>
<p style="text-align: center;">پوشش‌های تکمیلی</p>	<p>آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟</p> <p>دیه دوم یا بیشتر تا سقف ریال در طی دوره بیمه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> <p>پرداخت غرامت فوت و نقص عضو بدون رای دادگاه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> <p>پرداخت هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف تا سقف تعهدات درخواستی. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> <p>جبران افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط به، به روز بودن دیه بیمه نامه در زمان حادثه: (یکبار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه‌بار <input type="checkbox"/>). <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p>
<p style="text-align: center;">مدت</p>	<p>از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ به مدت روز.</p>
<p style="text-align: center;">فرانشیز</p>	<p>الف. خسارت‌های مالی (حداقل ۱۰ درصد اجباری است): ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> درصد <input type="checkbox"/></p> <p>ب. هزینه‌های پزشکی (حداقل ۱۰ درصد اجباری است): ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> درصد <input type="checkbox"/></p>

اینجانب بدینوسیله اعلام می‌دارم که اظهارات مندرج در این فرم پیشنهاد صحیح بوده و هیچ‌گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضای این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و یا پیشنهاد دهنده نخواهد بود.

امضاء و مهر نماینده/کارگزار: _____ تاریخ: ۱۳ / / _____ نام و امضاء پیشنهاد دهنده: _____