



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیر یا هیات مدیره ساختمان در قبال ساکنین و اشخاص ثالث

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان
پانزدهم، پلاک ۲.
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نامبر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :
 نوع بیمه گذار: (دولتی خصوصی) شماره ملی / شناسه ملی : کد اقتصادی (شخص حقوقی) : نام کارگزار / نماینده و کد :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو و مالی)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل : نام بیمه گر قبلی :

ب: مشخصات و کروکی ساختمان مورد بیمه

۱) نام و نشانی ساختمان :

۲) نوع کاربری ساختمان : مسکونی اداری ساختمان پزشکان ساختمان با چند کاربری (تعداد واحدهای هر کدام به تفکیک نوشته شود.....)

۳) تعداد واحد تعداد طبقات متراژ کل زیربنای ساختمان مترمربع - مساحت زمین مترمربع - سال ساخت نوع نمای ساختمان تعداد بلوک

۴) آیا ساختمان مورد بیمه پارکینگ دارد؟ بلی ندارد - آیا ساختمان مورد بیمه، بیمه نامه آتش سوزی دارد؟ بلی خیر

۵) آیا تمایل دارید خطرات ناشی از بکارگیری آسانسور تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر

در صورت تمایل جدول زیر را تکمیل نمایید. چنانچه تعداد دستگاه بیش از یک مورد باشد مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.

ردیف	نوع (فربور/یابور)	ظرفیت (فربور/کیلوگرم)	تعداد توقف (طبقات)	شماره و نوع موتور	مدل و کشور سازنده دستگاه	تاریخ نصب و راه اندازی	کاربری ساختمان	نشانی محل نصب

۶) کدامیک از افراد ذیل در محدوده مورد بیمه بکار گرفته می شوند؟ سربدار نظافتچی نگهبان

۷) آیا تمایل دارید مسئولیت ناشی از خسارت وارده به افراد فوق الذکر تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر (اخذ اسامی قبل از صدور بیمه نامه الزامیست)

کروکی ساختمان

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: روز / شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ

ریال	هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
ریال	هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)
ریال	غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه
ریال	غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)
ریال	خسارت مالی در هر حادثه
ریال	خسارت مالی در طول مدت بیمه

د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد نام و امضاء بیمه گذار

واحد صدور (شعبه/نماینده):

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد امضاء و مهر واحد صدور.....