

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی در قبال 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 در مقابل اشخاص ثالث را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.

مشخصات بیمه گذار	نام متقاضی بیمه:	شناسه ملی / شماره ملی:
	شماره ثبت / شماره شناسنامه:	کد اقتصادی:
	نشانی: استان:	شهر:
	پست الکترونیک:	تلفن:

مشخصات فعالیت بیمه گذار و نسائی	نشانی دقیق محل مورد بیمه (در صورت تعدد مکان های مورد بیمه، ارائه لیست مکان های مورد نظر الزامی است):
	موضوع فعالیت (لطفاً شرح کامل فعالیت و خطرات مرتبط را ذکر نمایید)
	میانگین تردد افراد در محل مورد بیمه:

آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.

آیا در ۳ سال گذشته ادعایی علیه شما در خصوص خسارت جانی و مالی شده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ در جدول ذیل مرقوم فرمایید:

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؟ خیر بلی

لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.

مدت بیمه: روز

از تاریخ: / / ۱۳ تا تاریخ: / / ۱۳

تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو جهت هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی:	ریال
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت جهت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام:	ریال
	حداکثر هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه:	ریال
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت خسارت مالی ناشی از خطرات موضوع این بیمه نامه در هر حادثه:	ریال
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه:	ریال
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت 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 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: نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه: نام و امضاء متقاضی بیمه: