

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدن مالک/ مستاجر در داخل هر واحد مسکونی

با توجه به اینکه بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در این پرسشنامه صادر می گردد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و دقت کافی در تکمیل آن، اقدام نمائید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 2"="" type="radio>):</td> </tr> <tr> <td colspan="/> نام بیمه گذار (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 2"="" type="radio>):</td> </tr> <tr> <td>تاریخ پیشنهاد:</td> <td>تلفن ثابت:</td> </tr> <tr> <td>تلفن همراه:</td> <td>تلفن ثابت:</td> </tr> <tr> <td>کد ملی/شناسه ملی:</td> <td>تاریخ تولد:</td> </tr> <tr> <td colspan="/> نشانی بیمه گذار/ پیشنهاد دهنده (به صورت کامل):	
کد پستی:	پست الکترونیکی:
توجه: پیشنهاد دهنده می بایست شخصی باشد که دارای مجوز از مراجع ذیصلاح بوده (بیمه نامه صرفاً بنام بیمه گذار صادر می گردد).	
۳- نشانی محل مورد بیمه:	
۴- در صورت درخواست موارد ذیل انتخاب گردد:	
کارگر نظافت چی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	کارگر خدماتی و تاسیساتی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پرستار کودک / سالمند: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام پرستار: -----
سرایدار: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تعداد سرایدار: <input type="checkbox"/> نفر - نام سرایدار: -----
نگهبان: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تعداد نگهبان: <input type="checkbox"/> نفر - نام نگهبان/نگهبان ها: -----
باغبان: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
پارکینگ: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ظرفیت پارکینگ: -----
ریزش نمای ساختمان: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
سال ساخت ساختمان: ----- * تعداد طبقات ساختمان: ----- * تعداد واحدهای ساختمان: ----- * شماره واحد تحت پوشش: -----	
۴- آیا محل مورد بیمه دارای بیمه نامه مسئولیت مدنی مالک/ مستاجر در هر واحد مسکونی بوده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> * نزد کدام شرکت بیمه: -----	
۵- پوشش های اضافی: (در صورت درخواست موارد ذیل انتخاب گردد) ۱- پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه <input type="radio"/> ۲- پوشش پرداخت هزینه پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و درمان <input type="radio"/> ۳- پوشش ما به التفاوت افزایش دیه به مدت یکسال <input type="radio"/> دو سال <input type="radio"/> سه سال <input type="radio"/> ۴- حداکثر تعهد برای نقص عضوهای بیش از یک دیه در هر حادثه ----- ریال و در طول مدت بیمه نامه ----- ریال (حداکثر سقف پوشش تا ۲ دیه می باشد). <input type="radio"/> ۵- نقاشی، تعمیرات و نصب داربست <input type="radio"/>	
۶- لطفاً در مورد سوابق خسارتی (بدنی و مالی) و میزان آن در ۲ سال گذشته توضیح دهید.	
۷- میزان تعهدات مورد درخواست:	
ریال	۷-۱- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه:
ریال	۷-۲- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه:
ریال	۷-۳- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی:
ریال	۷-۴- غرامت فوت برای هر نفر در ماههای حرام:
ریال	۷-۵- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه:
ریال	۷-۶- خسارت مالی در هر حادثه:
ریال	۷-۷- خسارت مالی در طول مدت اعتبار بیمه نامه:
۸- مدت بیمه نامه:	

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن

امضاء بیمه گذار/ امضاء پیشنهاد دهنده

قرار گیرد. تاریخ