

LAF078	شرکت بیمه سامان	
تجدید نظر: 00	فرم پیشنهاد و بیمه نامه مسئولیت مدنی مالکین و بهره برداران از اماکن مسکونی	
صفحه: ۱ از ۲	ناشی از سرایت آتش سوزی	

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: ۱۳ / / شماره ملی (الزامی است): تلفن همراه: سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): نوع مالکیت: دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐ تاریخ تأسیس: ۱۳ / / شماره ثبت: شناسه ملی/ کد اقتصادی (الزامی است):

نشانی متقاضی (بیمه گذار):
تلفن: فکس: کدپستی:
آیا تاکنون بیمه نامه مسئولیت خریداری نموده اید؟
در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمایید:
نام بیمه گر: در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه:
آیا تاکنون بیمه نامه آتش سوزی خریداری نموده اید؟
در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمایید:
نام بیمه گر: در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه:
آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟
در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.
.....
نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:

مشخصات عمومی مورد بیمه

مساحت زمین: طول (متر): عرض (متر): تعداد طبقات: سال ساخت:
چنانچه قدمت ساختمان بیش از ۲۰ سال باشد، آیا مورد بازسازی اساسی قرار گرفته است؟
در صورتی که مورد بازسازی قرار گرفته است، سال بازسازی:
نوع سازه: تمام اسکلت ☐ نیمه اسکلت ☐ بتنی ☐
نوع کاربری: مسکونی ☐ تجاری ☐ اداری ☐
تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:

نوع حادثه	تعداد حادثه	تعداد آسیب دیده (نفر)
فوت		
نقص عضو		
هزینه پزشکی		

LAF078	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد و بیمه نامه مسئولیت مدنی مالکین و بهره برداران از اماکن مسکونی ناشی از سرایت آتش سوزی	 بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 00		
صفحه: ۲ از ۲		

مشخصات وضعیت ساختمانها و معابر مجاور					
عنوان	کاربری	قدمت (سال)	تعداد طبقات	نوع سازه	سایر اطلاعات
همسایه شمالی					
همسایه جنوبی					
همسایه شرقی					
همسایه غربی					
همسایه فوقانی					
همسایه تحتانی					
مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه					
مدت بیمه نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: تا ساعت ۲۴ روز / / ۱۳					
پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار					
تعهدات مورد درخواست بیمه گذار		تعهد به ریال			
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه					
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه					
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی					
حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام					
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه					
حداکثر خسارت مالی در هر حادثه					
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه					
** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. **					
- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.					
- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.					

نماینده/کارگز	بیمه گذار :
مهر، امضاء و تاریخ	مهر، امضاء و تاریخ