

کد مدرک: FO-LB-23/01 شماره: تاریخ:	فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی در قبال اشخاص ثالث	 بیمه ملت
--	---	--

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:	<table> <tr> <td style="width: 50%;"> نام پیشنهاددهنده: نام پدر: تلفن / تلفن همراه: نشانی: </td> <td style="width: 50%;"> کد ملی / شناسه ملی: تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال کد پستی: </td> </tr> </table>	نام پیشنهاددهنده: نام پدر: تلفن / تلفن همراه: نشانی:	کد ملی / شناسه ملی: تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال کد پستی:
نام پیشنهاددهنده: نام پدر: تلفن / تلفن همراه: نشانی:	کد ملی / شناسه ملی: تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال کد پستی:		

نوع فعالیت محل مورد بیمه: مسکونی ☐ اداری ☐ تجاری و غیر تولیدی ☐ واحدهای صنعتی ☐ جایگاه سوخت ☐ نشانی محل مورد بیمه: موضوع فعالیت محل مورد بیمه: آیا محل مورد نظر دارای بیمه نامه آتش سوزی می باشد؟ بله ☐ خیر ☐ نام بیمه گر بیمه آتش سوزی: تاریخ شروع بیمه نامه آتش سوزی:/...../..... امکانات مربوط به اطفای حریق در محل مورد بیمه را شرح دهید.	شماره بیمه نامه: تاریخ انقضا:/...../.....
--	--

شمال ↑ محل رسم کروکی محل مورد بیمه با ذکر مشخصات همسایگان	کروکی محل مورد بیمه با ذکر مشخصات همسایگان
--	--

پیشینه خسارت و سوابق بیمه ای	لطفاً آمار حوادث در سه سال گذشته منجر به احراز مسئولیت بیمه‌گذار ناشی از آتش‌سوزی در محل مورد بیمه را در جدول زیر بنویسید: شماره بیمه‌نامه سال قبل: _____ نام بیمه‌گر سال قبل: _____
پوشش‌های تکمیلی	آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟ ۱- دیه دوم تا سقف یک دیه ماه حرام سال درخواست در طی دوره بیمه، پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه ☐ بله ☐ خیر و براساس نظر کارشناس بیمه گر، جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و براساس صورتحساب‌های درمانی ارسالی، جبران مابه‌التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط به روز بودن دیه بیمه‌نامه در زمان حادثه تا ☐ یک‌بار ☐ دوبار ☐ سه‌بار ۲- پوشش خسارت ناشی از ترکیدگی لوله آب ☐ بله ☐ خیر
تعهدات درخواستی	الف. در هر حادثه حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش هر نفر در هر حادثه ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه‌های پزشکی هر نفر در هر حادثه ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای خسارت‌های مالی در هر حادثه ریال ب. در طی دوره حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش در طی دوره بیمه ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه‌های پزشکی در طی دوره بیمه ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای خسارت‌های مالی در طی دوره بیمه ریال
فرانشیز	الف. خسارت‌های مالی (حداقل ۱۰ درصد اجباری است): ☐ ۱۰ درصد درصد ☐ ب. هزینه‌های پزشکی (حداقل ۱۰ درصد اجباری است): ☐ ۱۰ درصد درصد ☐
مدت	از ساعت ۲۴ مورخ _____ تا ساعت ۲۴ مورخ _____ به مدت _____ روز .

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.

نام و امضای پیشنهاد دهنده:

تاریخ: / / ۱۳

مهر و امضای نماینده/کارگزار: