

بدینوسیله از شرکت بیمه درخواست می‌شود بیمه‌نامه مسئولیت مدنی ناشی از آتش‌سوزی و آلودگی منازل مسکونی را با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این فرم پیشنهاد برای بیمه‌گذار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

شماره پیشنهاد: نمایندگی / کارگزار: کد: واحد صدور: کد واحد صدور: نام معرف: کد معرف:	نام بیمه گذار (وضعیت حقوقی پیشنهاددهنده: خصوصی ☐ دولتی ☐ نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور: کد ملی: پست الکترونیکی: تاریخ تولد: روز ماه سال شماره ثبت: نشانی: کد پستی: تلفن: تلفن همراه: دورنگار: تاریخ ثبت: کد اقتصادی: محل خدمت: تلفن محل خدمت:
--	---

شماره بیمه نامه آتش سوزی: تاریخ شروع بیمه نامه آتش سوزی: نوع کاربری (مسکونی / صنعتی / تجاری، اداری): نوع سازه: تمام اسکلت ☐ نیمه اسکلت ☐ بتنی ☐ نوع مالکیت: شخصی ☐ دولتی ☐ وابسته ☐ نام مالک: تعداد طبقات زیرزمین: شماره طبقه مورد بیمه: پوشش های اضافی خریداری شده:	نام شرکت بیمه گر: تاریخ انقضاء بیمه نامه آتش سوزی: نوع فعالیت: آیا تمایل به اخذ پوشش خسارت ناشی از آب دیدگی (ترکیدگی لوله آب و فاضلاب) دارید؟ بلی ☐ خیر ☐ مشخصات محل مورد بیمه: مساحت زمین: متر طول: متر عرض: متر نشانی: کد پستی: دورنگار: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیکی: اقدامات، امکانات و وسایل ایمنی موجود جهت جلوگیری از بروز خسارت و یا جلوگیری از سرایت آن به همسایگان مجاور را شرح دهید:
--	---

مشخصات همسایگان مجاور							
همسایگان	کاربری	قدمت	متراژ	تعداد طبقات	نوع سازه	ارزش تقریبی	تعداد نفرات ساکن
همسایه شرقی:							
همسایه غربی:							
همسایه جنوبی:							
همسایه فوقانی:							
همسایه تحتانی:							

موقعیت محل مورد بیمه و همسایگان مجاور:

شمال ↑

محل مورد بیمه

سوابق بیمه‌ای و خسارتی

آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید؟ بلی ☐ خیر ☐
 شرکت بیمه سال قبل: شماره بیمه‌نامه سال قبل: تاریخ انقضاء: نام و کد نمایندگی / شعبه / معرف:
 آیا بیمه‌نامه آتش‌سوزی صادر گردیده است: بلی ☐ خیر ☐
 شرکت بیمه: شماره بیمه‌نامه: تاریخ انقضاء: نام و کد نمایندگی / شعبه / معرف:
 آیا در پنج سال گذشته خسارتی در خصوص فعالیت شما روی داده است؟ بلی ☐ خیر ☐
 در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد، نوع و علت حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ مرقوم فرمایید:

تاریخ حادثه	نوع حادثه	علت حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)			
تاریخ حادثه	نوع حادثه	علت حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	فوت	نقص عضو	هزینه پزشکی	مالی

تعهدات مورد درخواست بیمه‌گذار

الف- در هر حادثه:

— حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی:
 — حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های حرام:
 — حداکثر هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه موضوع این بیمه‌نامه برای هر نفر:
 — حداکثر خسارت مالی ناشی از حوادث موضوع این بیمه‌نامه:

ب- در طی دوره بیمه:

— حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت و نقص عضو:
 — حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه‌های پزشکی:
 — حداکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی ناشی از حوادث موضوع این بیمه‌نامه:

اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این فرم پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این فرم پیشنهاد جزء لاینفک بیمه‌نامه مسئولیت مدنی ناشی از آتش‌سوزی و آبدیدگی منازل مسکونی می‌باشد؛ در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات اقدام نماید و موافقت می‌نمایم مندرجات آن اساس صدور بیمه‌نامه قرار گیرد.
 امضای این برگ به‌تنهایی به‌معنی قبول تعهد بیمه‌گر و یا پیشنهاددهنده نمی‌باشد. بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:
 مهر و امضاء معرف:

نام و مهر یا امضاء بیمه‌گذار:
 مهر و امضاء نماینده / کارگزار / شعبه / مرکز بیمه:
 تلفن تماس:

مدارک مورد نیاز:

— برگ پیشنهاد تصویر بیمه‌نامه آتش‌سوزی