

قابل توجه متقاضی 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 با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

مشخصات بیمه گذار

نام متقاضی بیمه: کد اقتصادی: کد ملی / شناسه ملی: نام پدر:
شماره ثبت / شماره شناسنامه: تاریخ تأسیس / تاریخ تولد: / / کد پستی:
نشانی:
پست الکترونیک: تلفن: دورنگار: تلفن همراه:

تعداد کارکنان: نیروهای ثابت نفر و نیروهای متغیر حداقل نفر و حداکثر نفر به شرح زیر:

بیمه گذار		عامل اجرایی ۱		عامل اجرایی ۲		عامل اجرایی ۳	
نام	سمت	نام	سمت	نام	سمت	نام	سمت
حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر
تفکیک شغلی							
اداری							
فنی							
خدماتی							
سایر							

مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی

چنانچه عوامل اجرایی بیش از موارد فوق می باشد، لطفاً اطلاعات مربوطه را در برگه ای جداگانه تکمیل و به این پرسشنامه پیوست نمایید. پیوست: دارد ندارد
 نوع فعالیت: نام محل فعالیت:
 نشانی محل فعالیت:
 تعداد شیفت کاری: ۱ ۲ ۳
 شیفت اول: ساعت شروع: ساعت پایان:
 شیفت دوم: ساعت شروع: ساعت پایان:
 شیفت سوم: ساعت شروع: ساعت پایان:
 شرح تفصیلی کار و روش اجرای آن:

خطرات احتمالی:

آیا کار در ارتفاع صورت می گیرد؟

آیا با خطر انفجار مواجه هستید؟

آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی می باشند؟ خیر بلی

آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.

آیا در سه سال گذشته حادثه ای که منجر به فوت یا جرح کارکنان شده باشد، رخ داده است؟ خیر بلی

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

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد جرح	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)

سابقه بیمه ای

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	مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
فرانشیز	درخواست اعمال فرانشیز هزینه پزشکی به میزان: <input type="checkbox"/> پنج درصد <input type="checkbox"/> ده درصد <input type="checkbox"/> پانزده درصد <input type="checkbox"/> بیست درصد <input type="checkbox"/> بیست و پنج درصد <input type="checkbox"/>
تعهدات بیمه گر	<p>در هر حادثه:</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر (در صورت محکومیت بیمه گذار): ریال.</p> <p>در طی دوره بیمه:</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه پزشکی (در صورت محکومیت بیمه گذار): ریال.</p>
پوشش های درخواستی	<p>آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۲- پوشش هزینه پزشکی بدون محکومیت بیمه گذار برای هر نفر در هر حادثه ریال و در طی دوره بیمه ریال.</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی بیمه گذار برای هر نفر در هر حادثه ریال و در طی دوره بیمه ریال.</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۵- پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد یکبار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/></p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری تا سقف: ریال.</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه (ویژه بیمه نامه های بی نام).</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی تا سقف: ریال در طی دوره.</p>
<p>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.</p> <p>امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.</p>	
تاریخ تکمیل:	نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه:
نام و امضاء متقاضی بیمه:	