

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی
(غیر از جایگاه‌های عرضه فرآورده های نفتی و CNG)

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 ☐ حقوقی ☐):	
نام بیمه گذار (حقیقی ☐ حقوقی ☐):	
تاریخ پیشنهاد:	تلفن ثابت:
کد ملی/شناسه ملی:	تلفن همراه:
نشانی بیمه گذار/ پیشنهاد دهنده (به صورت کامل):	نام معرف: نمایندگی/ کارگزار:
کد پستی:	تاریخ تولد:
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).	
موضوع فعالیت در محل مورد بیمه: مسکونی ☐ تجاری ☐ اداری ☐ صنعتی ☐	
نشانی دقیق محل مورد بیمه:	
مساحت محل مورد بیمه:	تعداد کل طبقات:
شماره طبقه مورد بیمه:	تعداد طبقات زیرزمین:
آیا محل مورد بیمه دارای بیمه نامه آتش سوزی میباشد؟ بلی ☐ خیر ☐	
نزد کدام شرکت بیمه: از تاریخ: تا تاریخ:	
آیا بیمه نامه دارای پوشش اضافی خطر ترکیدگی لوله آب می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐	
آیا تا کنون حادثه ای در محل مورد بیمه اتفاق افتاده است؟ بلی ☐ خیر ☐	
چنانچه پاسخ مثبت است علت حادثه و میزان خسارت را شرح دهید.	
امکانات اطفای حریق در محل مورد بیمه را شرح دهید.	
مشخصات ساختمانهای مجاور	
ضلع شمالی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی:
ضلع جنوبی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی:
ضلع شرقی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی:
ضلع غربی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی:

در صورتی که محل مورد بیمه آپارتمان باشد، لطفاً مشخصات واحدهای مجاور را در جدول ذیل قید نمائید.

مشخصات طبقات بالا و پائین ((آپارتمان))

طبقه بالا :	متراژ :	طبقه پائین :	متراژ :
	مورد استفاده :		مورد استفاده :
	ارزش تقریبی :		ارزش تقریبی :

کروکی موقعیت محل مورد بیمه و همسایگان مجاور

پوشش های اضافی:

۱- پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه ○ ۲- پوشش پرداخت هزینه پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و درمان ○
۳- پوشش ما به التفاوت افزایش دیه به مدت یکسال ○ دو سال ○ سه سال ○ 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).

مدت بیمه: ----- از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

تعهدات مورد درخواست :

- | | |
|--|------|
| ۱- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه : | ریال |
| ۲- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه : | ریال |
| ۳- غرامت فوت و نقص عضو برای هرنفر در ماههای عادی: | ریال |
| ۴- غرامت فوت برای هرنفر در ماههای حرام: | ریال |
| ۵- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه: | ریال |
| ۶- خسارت مالی در هر حادثه : | ریال |
| ۷- خسارت مالی در طول مدت اعتبار بیمه نامه: | ریال |

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 قرار گیرد.

تاریخ :

امضاء بیمه گذار/امضاء پیشنهاد دهنده

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی
(جایگاههای عرضه فرآورده های نفتی و CNG)

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 جایگاه :		نشانی :	
تلفن :		دورنگار :	
نوع مالکیت: شخصی ☐ دولتی ☐ وابسته ☐		نام مالک:	
نام مسئول جایگاه:		تعداد کارکنان جایگاه:	
مساحت جایگاه:		مساحت ابنیه جایگاه:	
آیا جایگاه دارای بیمه نامه آتش سوزی میباشد ؟ ☐ خیر ☐ بلی نزد کدام شرکت بیمه : از تاریخ : تا تاریخ : آیا تا کنون حادثه ای ناشی از آتش سوزی و انفجار در جایگاه رخ داده است؟ ☐ خیر ☐ بلی چنانچه پاسخ مثبت است علت حادثه و میزان خسارت را شرح دهید.			
امکانات اطفای حریق و موارد ایمنی رعایت شده برای جلوگیری از وقوع خسارت به جایگاه و ابنیه مجاور جایگاه را شرح دهید.			
مدت بیمه نامه: از ساعت ۲۴ روز: تا ساعت ۲۴ روز:			
مشخصات ساختمانهای مجاور			
ضلع شمالی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی:	ضلع جنوبی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی:
ضلع شرقی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی:	ضلع غربی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی:

کروکی محل جایگاه و همسایگان مجاور

↑ شمال

پوشش های اضافی:

- ۱- پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه ○ ۲- پوشش پرداخت هزینه پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و درمان ○
۳- پوشش ما به التفاوت افزایش ديه به مدت یکسال ○ دو سال ○ سه سال ○ ۴- حداکثر تعهد برای نقص عضوهای بیش از یک ديه در هر حادثه ----- ریال و در طول مدت بیمه نامه ----- ریال (حداکثر سقف پوشش تا ۲ ديه می باشد).

تعهدات مورد درخواست:

- ۱- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه : ریال
۲- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه : ریال
۳- غرامت فوت و نقص عضو برای هرنفر در ماههای عادی: ریال
۴- غرامت فوت برای هرنفر در ماههای حرام: ریال
۵- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه: ریال
۶- خسارت مالی در هر حادثه : ریال
۷- خسارت مالی در طول مدت اعتبار بیمه نامه: ریال

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 قرار گیرد.

تاریخ :

امضاء پیشنهاد دهنده