



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسؤلیت مدنی مدیر / هیات مدیره ساختمان
در قبال ساکنین و اشخاص ثالث

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :

شماره ملی / شناسه ملی : سال تولد: کد اقتصادی (شخص حقوقی):
نام کارگزار یا نماینده و کد نمایندگی :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در پنج سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	تاریخ حادثه	تعداد حادثه	نوع (نقص عضو، فوت، مصدومیت و مالی)	علت و مقصر حادثه	مبلغ پرداخت شده (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی:

مشخصات مورد بیمه

- نام و نشانی محل مورد بیمه:
- نوع کاربری ساختمان: مسکونی اداری ساختمان پزشکان تجاری سایر
- تعداد واحد / تعداد طبقات / متر اژ کل زیربنای ساختمان مترمربع / تعداد بلوک / سال ساخت
- سال بازسازی ساختمان / نوع نمای ساختمان
- در صورتیکه ساختمان دارای پارکینگ می باشد: نوع پارکینگ: سرپوشیده روباز ظرفیت پارکینگ
- چنانچه ساختمان تجاری باشد آیا تمایل دارید حوادث ناشی از مسؤلیت پارکینگ فروشگاه تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر
- کدامیک از افراد ذیل در محدوده مورد بیمه بکار گرفته می شوند؟ سראیدار نظافتچی تاسیساتی نگهبان باغبان
- آیا تمایل دارید مسؤلیت ناشی از خسارت وارده به افراد فوق الذکر تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر
- آیا ساختمان مورد بیمه دارای بیمه نامه آتش سوزی معتبر می باشد؟ بلی خیر شرکت بیمه گر:
- شماره بیمه نامه: تاریخ انقضاء:
- آیا ساختمان مورد بیمه دارای بیمه نامه مسؤلیت مدنی دارندگان آسانسور معتبر می باشد؟ بلی خیر
- شرکت بیمه گر: شماره بیمه نامه: تاریخ انقضاء: تعداد آسانسور: ظرفیت آسانسور:
- آیا تمایل به پوشش امکانات به شرح ذیل (در صورت موجود در محل مورد بیمه) می باشید:

پله برقی : بلی خیر

سالن اجتماعات : بلی خیر

استخر و سونا : بلی خیر

سالن غذاخوری و فودکورت : بلی خیر



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیر / هیات مدیره ساختمان در قبال ساکنین و اشخاص ثالث

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

سالن سینما: بلی خیر

باشگاه ورزشی: بلی خیر

خانه کودک و شهر بازی: بلی خیر (در صورت تایید جدول زیر تکمیل گردد)

مشخصات دستگاه ها: **چنانچه تعداد دستگاه ها بیشتر از گنجایش جدول باشد در برگ جداگانه درج و پیوست گردد.**

ردیف	نام دستگاه	سال ساخت	تعداد دستگاه	ارتفاع از سطح زمین	تاریخ سرویس هر دستگاه	گروه های سنی استفاده کنندگان	حداکثر ظرفیت مجاز هر دستگاه

پوشش های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

- (۱) پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم): حداکثر تا سقف یک دیه ماه عادی سال صدور بیمه نامه
- (۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه: یک سال دو سال سه سال
- (۳) پرداخت خسارت بدون رای دادگاه:
- (۴) جبران هزینه های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی:

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه نامه: روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	
گرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه	
گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	
خسارت مالی در هر حادثه	
خسارت مالی در طول مدت	

تأییدیه بیمه گذار

اینجانب به عنوان بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که به سئوالات مندرج در این فرم پیشنهاد به درستی و منطبق بر واقعیت پاسخ داده و موافقت می نمایم مندرجات پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد

امضا و مهر واحد صدور

تأییدیه واحد صدور (نماینده/ شعبه):