

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی / مدیران اماکن (مغازه، ادارات، فروشگاه‌ها) در قبال مراجعین

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:
پیشنهاد	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: _____ کد اختصاصی بیمه‌گذار: _____		
قرارداد	چنانچه قرارداد یا تفاهم‌نامه‌ای جداگانه‌ای برای پیشنهاد فوق منعقد گردیده است موارد زیر را تکمیل نمایید: عنوان قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____ شماره قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____ تاریخ عقد قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____		
موضوع بیمه‌نامه	موضوع بیمه عبارت است از بیمه مسئولیت مدنی که بر اساس آن بیمه‌گر متعهد می‌شود در ازای انجام تعهدات و وظایف بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر، خسارات وارده به اشخاص ثالث (مشتریان و همسایگان) در محدوده مکانی و زمانی مندرج در بیمه‌نامه که ناشی از فعالیت بیمه‌گذار و کارکنان وی باشد را پس از احراز مسئولیت طبق رأی مراجع قضایی یا نظر کارشناس بیمه‌گر با در نظر گرفتن شرایط و استثنائات مندرج در این بیمه‌نامه و اوراق پیوست جبران نماید.		
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار حقیقی		بیمه‌گذار حقوقی
	نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ آدرس محل سکونت: _____	نام واحد صنفی: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ همراه: _____ نمابر: _____ آدرس: _____	نام واحد صنفی: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ همراه: _____ نمابر: _____ آدرس: _____
مشخصات اماکن	نام و نشانی فروشگاه (نشانی باید ختم به پلاک/ پلاک ثبتی یا کد پستی باشد): _____		
	<p>نوع مرکز: مغازه <input type="checkbox"/> اداره <input type="checkbox"/> واحد تجاری <input type="checkbox"/> فروشگاه <input type="checkbox"/> نوع فعالیت: _____</p> <p>روزهای کاری / ساعت کار: _____ از ساعت _____ لغایت _____</p> <p>آیا مایل به اخذ پوشش مسئولیت کارکنان می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>تعداد مراجعین: در روزهای عادی حداقل _____ و حداکثر _____ نفر</p> <p>تعداد کارکنان: _____ نفر</p> <p>در روزهای تعطیل حداقل _____ و حداکثر _____ نفر</p> <p>آیا مغازه/ ادارات/ فروشگاه‌ها دارای سیستم اطفاء حریق می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا مغازه/ ادارات/ فروشگاه‌ها دارای پوشش بیمه آتش‌سوزی می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا قسمت پذیرش واحد اقامتی مجهز به سیستم ورود و خروج کامپیوتری می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا مغازه/ ادارات/ فروشگاه‌ها دارای دوربین مداربسته می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>وسایل و تجهیزات ایمنی: کپسول آتش‌نشانی <input type="checkbox"/> جعبه کمک‌های اولیه <input type="checkbox"/> سایر تجهیزات ایمنی: _____</p> <p>آیا مایل به اخذ پوشش آسانسور می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا مایل به اخذ پوشش پارکینگ می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا مایل به اخذ پوشش پله برقی می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه‌نامه: _____</p> <p>ظرفیت آسانسور: _____ نفر</p> <p>ظرفیت پارکینگ: _____ ماشین</p> <p>تعداد پله برقی: _____</p>		
سابقه بیمه‌ای و خسارات	<p>طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه‌نامه و بیمه‌گر قبلی خود را مرقوم فرمایید.</p> <p>شرکت بیمه سال قبل: _____ شماره بیمه‌نامه سال قبل: _____</p> <p>آیا در ۵ سال گذشته، در رابطه با مسئولیت حرفه‌ای شما از جانب مراجعین، ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید).</p>		
	شرح خسارت توسط بیمه‌گذار: _____		
تایید بیمه‌گذار	امضاء و توضیحات کارشناس صدور:		مهر و امضا و اثر انگشت پیشنهاد دهنده:

- ۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی _____ ریال
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام _____ ریال
- ۳- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه _____ ریال
- ۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه _____ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه _____ ریال
- ۶- حداکثر تعهد مالی در هر حادثه (صرفاً پارکینگ) _____ ریال
- ۷- حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه (صرفاً پارکینگ) _____ ریال

آیا مایل به خرید پوشش های اضافی ذیل می باشید؟*** پرداخت خسارت بدون رای دادگاه**بله خیر

گرامت فوت بر مبنای قصور بیمه گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج، هرکدام که کمتر باشد محاسبه می گردد. درصدهای نقص عضو با نظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین و بر مبنای درصدهای مشخص شده و میزان قصور بیمه گذار و حداکثر تا سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه و یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج هر کدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می گردد.

*** جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه**بله خیر

هزینه های پزشکی موضوع بیمه براساس صورتحساب های معتبر مراکز درمانی تاسقف تعهدات هزینه پزشکی بیمه نامه بدون اعمال تعرفه جبران می گردد.

*** پوشش افزایش ریالی دیه**بله خیر

به موجب این کلوز، تعهد بیمه گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان _____ بار افزایش دیه به نسبت تعهدات مندرج در بیمه نامه که توسط مراجع قضایی تعیین می گردد، خواهد بود.

*** غرامت نقص عضو مازاد بر دیه اول (با سرمایه _____ ریال)**بله خیر

مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه نامه تحت پوشش می باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می باشد.

*** حذف فرانشیز غرامت هزینه پزشکی**بله خیر

هزینه های پزشکی موضوع بیمه نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه نامه جبران می گردد.

مدت بیمه نامه: _____ روز از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____
تذکر: محاسبه ی حق بیمه در بیمه نامه های کمتر از یک سال طبق تعرفه ی کوتاه مدت انجام می گیرد.

نحوه پرداخت حق بیمه: نقد اقساط:

شرح اقساط: _____ درصد معادل _____ ریال به صورت نقد و مابقی در _____ قسط متوالی مساوی ماهانه

شروع و اعتبار پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه نامه پیش بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه ای که باید پرداخت می شد، محاسبه می گردد. جهت اعتبار بیمه نامه انجام تعهدات از سوی بیمه گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می باشد.

توضیحات تکمیلی بیمه گذار: _____

اینجانب _____ بدینوسیله تایید می نمایم که کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه در ارزیابی خطر موثر است در زمان عقد قرارداد یا در جریان آن (اعم از اینکه این اطلاعات در فرم پیشنهاد درخواست شده باشد یا خیر)، باکمال صداقت و درستی اظهار نمایم به طوری که بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد را تشخیص دهد. موافقت می گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و پیشنهاد دهنده نمی باشد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثر انگشت بیمه گذار:

مهر و امضای معرف:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور: