

پیشنهاد بیمه آتش سوزی طرح جامع منازل مسکونی

شماره سریال:

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:
خانم / آقای / شرکت:	کد ملی / کد اقتصادی:	شماره شناسنامه / شناسه ملی:	تاریخ تولد / ثبت:
نشانی محل کار / سکونت، استان:	شهر:	خیابان:	کوچه:
کد پستی:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	شماره فکس:
نشانی، استان:	شهر:	خیابان:	کوچه:
کد پستی:	تلفن:	پلاک:	شماره واحد:
نوع تملک: <input type="checkbox"/> متعلق به بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> در رهن و اجاره بیمه‌گذار واحدهای خشتی، گلی حریم رودخانه و یا منازلی که دارای پایان کار و مجوزهای لازم از سازمان‌های متولی نیستند و همچنین منازل در حال ساخت و یا خالی از سکونت تحت پوشش بیمه نخواهند بود.			
از تاریخ: _____ به مدت: <input type="checkbox"/> یکسال <input type="checkbox"/> شش ماه <input type="checkbox"/> سه ماه			
ردیف	موضوع بیمه	تعهدات	
۱	ساختمان و تاسیسات تحت پوشش آتش سوزی، صاعقه، انفجار، سیل، زلزله، طوفان	۱,۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	
۲	اثاثیه و لوازم منزل تحت پوشش آتش سوزی، صاعقه، انفجار، سیل، زلزله، طوفان	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	
۳	اثاثیه و لوازم منزل تحت پوشش سرقت	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	
۴	مسئولیت مدنی در قبال اشخاص ثالث ناشی از آتش سوزی، صاعقه، انفجار (مالی)	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	
۵	فوت و نقص عضو بیمه‌گذار و اعضای خانواده مقیم در محل مورد بیمه ناشی از آتش سوزی، انفجار (برای هر نفر و حداکثر تا ۴ نفر) جمعا تاسقف:	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۶	هزینه پزشکی برای بیمه‌گذار و اعضای خانواده مقیم در محل مورد بیمه ناشی از آتش سوزی، انفجار (برای هر نفر و حداکثر برای ۴ نفر) جمعا تاسقف:	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۷	اجاره اسکان موقت ناشی از آتش سوزی، صاعقه، انفجار، سیل، زلزله، طوفان (غیر قابل سکونت شدن) حداکثر به مدت سه ماه جمعا به مبلغ:	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	
حق بیمه با مالیات بر ارزش افزوده و عوارض		۶۰۰,۰۰۰	
ضریب افزایش سرمایه مورد درخواست: _____ برابر (حداکثر ضریب قابل درخواست ۱۵ برابر می‌باشد)			
که اظهارات ذکر شده در این پیشنهاد صحیح می‌باشد. و باتوجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب دوم بهمن ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی و آئین نامه و دستورالعمل‌های اجرایی آن متعهد و ملزم به رعایت مواد قانون یاد شده و مقررات مربوطه می‌گردم و همچنین با آگاهی از مواد ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ قانون بیمه (ذیل الذکر) تایید می‌نمایم کلیه مطالب اعلام شده صحیح بوده و در صورت اطلاع از هرگونه تغییرات بلافاصله شرکت بیمه را در جریان امور قرار خواهم داد.			
الف- ماده ۱۰ قانون بیمه: در صورتی که مالی کمتر از قیمت واقعی بیمه‌شده باشد بیمه‌گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مسئول خسارت خواهد بود.			
ب- به موجب ماده ۱۱ قانون بیمه چنانچه بیمه‌گذار یا نماینده او با قصد تقلب، مالی را اضافه بر قیمت واقعی در موقع قرارداد بیمه داده باشد، عقد بیمه باطل و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نمی‌باشد.			
ج- به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه هرگاه بیمه‌گذار عمدا از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمدا اظهارات غیر واقعی نماید و مطالب اظهار نشده یا غیر واقعی طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود، حتی اگر مراتب مذکور تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه تنها وجوهی که بیمه‌گذار پرداخت نموده است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه نماید.			
د- به موجب ماده ۷ شرایط عمومی اعتبار بیمه نامه و تعهد بیمه‌گر بعد از پرداخت حق بیمه آغاز می‌گردد			
ه- به موجب ماده ۱۴ شرایط عمومی در صورت نبودن شرط خلاف بیمه‌گذار موظف است نسبت به پرداخت نقدی حق بیمه اقدام نماید و قبض رسیدی که به امضای مجاز بیمه‌گر رسیده باشد را اخذ نماید.			
و- اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه‌نامه است و به تنهایی موجد هیچگونه حقی برای بیمه‌گذار و یا منشاء هیچگونه تعهدی برای بیمه‌گر نخواهد بود و در صورت وجود تفاوت بین متن بیمه‌نامه و این پیشنهاد، مفاد بیمه‌نامه حاکمیت خواهد داشت.			
ز- هرگاه مفاد بیمه‌نامه و اوراق الحاقی با اظهارات درج شده بیمه‌گذار در فرم پیشنهاد مطابقت نداشته باشد، بیمه‌گذار موظف می‌باشد ظرف مدت پانزده روز مراتب تغییر و تصحیح آنها را تقاضا نماید. در غیر اینصورت تمامی مفاد بیمه‌نامه و اوراق الحاقی مذکور در حکم قبول و تأیید بیمه‌گذار می‌باشد و هرگونه اعتراضی در هنگام بروز حادثه در این خصوص از سوی بیمه‌گذار غیر قابل استماع می‌باشد.			
مهر و امضا متقاضی بیمه:		مهر و امضا دریافت کننده پیشنهاد:	
تاریخ:			
با شما، برای جبران			