

LAF 078

شرکت بیمه سامان



تجدید نظر: ۰۰

فرم پیشنهاد و بیمه نامه مسئولیت مدنی مالکین و بهره برداران از اماکن مسکونی

صفحه: ۱ از ۲

ناشی از سرایت آتش سوزی

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: ۱۳ / /	نوع مالکیت: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>
شماره ملی (الزامی است):	تاریخ تأسیس: ۱۳ / /
تلفن همراه:	شماره ثبت:
سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:	شناسه ملی/ کد اقتصادی (الزامی است):

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار):

تلفن: فکس: کدپستی:

آیا تاکنون بیمه‌نامه مسئولیت خریداری نموده‌اید؟
در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمایید:
نام بیمه گر: در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه:

آیا تاکنون بیمه‌نامه آتش سوزی خریداری نموده‌اید؟
در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمایید:
نام بیمه گر: در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه:

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟
در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.
.....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:

مشخصات عمومی مورد بیمه

مساحت زمین: طول (متر): عرض (متر): تعداد طبقات: سال ساخت:

چنانچه قدمت ساختمان بیش از ۲۰ سال باشد، آیا مورد بازسازی اساسی قرار گرفته است؟
در صورتی که مورد بازسازی قرار گرفته است، سال بازسازی:

نوع سازه: تمام اسکلت نیمه اسکلت بتنی

نوع کاربری: مسکونی تجاری اداری

تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:

نوع حادثه	تعداد حادثه	تعداد آسیب دیده (نفر)
فوت		
نقص عضو		
هزینه پزشکی		



شرکت بیمه سامان

LAF۰۷۸

فرم پیشنهاد و بیمه نامه مسئولیت مدنی مالکین و بهره برداران از اماکن مسکونی

تجدید نظر: ۰۰

ناشی از سرایت آتش سوزی

صفحه: ۲ از ۲

مشخصات وضعیت ساختمانها و معابر مجاور

عنوان	کاربری	قدمت (سال)	تعداد طبقات	نوع سازه	سایر اطلاعات
همسایه شمالی					
همسایه جنوبی					
همسایه شرقی					
همسایه غربی					
همسایه فوقانی					
همسایه تحتانی					

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
حداکثر خسارت مالی در هر حادثه	
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه	

** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. **

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.
- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

بیمه گذار :

نماینده/کارگز

مهر، امضاء و تاریخ

مهر، امضاء و تا