

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند.



LAF ۰۷۹

تجدید نظر: ..

صفحه: ۱ از ۲

بیمه سامان

**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی شرکت‌های نصب و نگهداری
تابلوهای تبلیغاتی در قبال اشخاص ثالث**



مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

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

نشانی متقاضی(بیمه گذار) :

تلفن: کدپستی: فکس:

آیا تا کنون سابقه بیمه مسئولیت خریداری نموده اید؟ بلی خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمائید :

نام بیمه گر : در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه :

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟ بلی خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

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

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

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه :

مشخصات عمومی مورد بیمه

ارائه لیست مشخصات تابلوها و نشانی دقیق تابلوهای نصب شده در زمان صدور بیمه نامه الزامیست.

ردیف	ابعاد تابلو مورد بیمه	تعداد	نوع تابلو
			گردن <input type="checkbox"/> سه وجهی <input type="checkbox"/> دو وجهی <input type="checkbox"/> یک وجهی <input type="checkbox"/>
			گردن <input type="checkbox"/> سه وجهی <input type="checkbox"/> دو وجهی <input type="checkbox"/> یک وجهی <input type="checkbox"/>
			گردن <input type="checkbox"/> سه وجهی <input type="checkbox"/> دو وجهی <input type="checkbox"/> یک وجهی <input type="checkbox"/>
			گردن <input type="checkbox"/> سه وجهی <input type="checkbox"/> دو وجهی <input type="checkbox"/> یک وجهی <input type="checkbox"/>

LAF ۰۷۹	بیمه سامان	
تجدید نظر: ..	فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی شرکتهای نصب و نگهداری	
صفحه: ۲ از ۲	تابلوهای تبلیغاتی در قبال اشخاص ثالث	

محل نصب تابلوها: سطح شهر حاشیه بزرگراه بالای ساختمان

حداکثر ارتفاع از سطح زمین(متر) :

نحوه سرویس و نگهداری و بازدید :

نوع وسائل ایمنی و حفاظتی :

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهدات 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	

*** بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد
و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.***

● بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تمهدی ندارد.

● بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محترمانه تلقی نماید.

*** به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. ***

نماينده /كارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ