



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران شهرسازی در قبال استفاده کنندگان

شماره سند: FM-LB-41/02

تاریخ:/...../۱۴۰۰

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم می باشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی ☐ حقوقی ☐):	کد ملی/شناسه ملی:
تاریخ تولد/ثبت:	شماره شناسنامه/ثبت:
نشانی: استان:	شهر:
کد پستی:	خیابان:
تلفن ثابت (به همراه کد):	دورنگار:
پست الکترونیک/وب سایت:	تلفن همراه:

نام شهرسازی:	سال تاسیس:
نشانی دقیق محل شهرسازی: استان:	شهر:
پلاک/شماره:	خیابان:
تلفن شهرسازی:	کوچه:
کد پستی:	
نوع مالکیت: دولتی ☐ خصوصی ☐ استیجاری ☐	نوع شهرسازی: سرپوشیده ☐ روباز ☐
میانگین تعداد افراد استفاده کننده از دستگاه ها:	فصل بهار: نفر
	فصل تابستان: نفر
	فصل پاییز: نفر
	فصل زمستان: نفر
ساعت کاری: از ساعت صبح تا ساعت عصر.	
آیا در محدوده شهرسازی، امکانات درمانی و کمک های اولیه وجود دارد؟	☐ بلی ☐ خیر (در صورت مثبت بودن موارد را ذکر فرمائید)
آیا مایل هستید مراجعین به شهرسازی در محوطه نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند؟	☐ بلی ☐ خیر

ردیف	نام دستگاه	تعداد	سال ساخت	ارتفاع از زمین	حداکثر ظرفیت مجاز	حداکثر استفاده کنندگان در هر نوبت	نحوه بازدید و سرویس	گروه سنی استفاده کنندگان	سایر توضیحات
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									

مدت بیمه	از تاریخ: تا تاریخ: به مدت: روز
----------	---

سوانح بیمه ای و خسارت	۱- آیا تاکنون داری چنین بیمه نامه ای بوده ای؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، شماره بیمه نامه، نام شرکت بیمه گر و تاریخ اعتبار بیمه نامه را ذکر فرمائید. ۲- چنانچه تاکنون حوادثی که منجر به فوت، نقص عضو و هزینه های پزشکی استفاده کنندگان شده باشد، اتفاق افتاده است، لطفاً شرح، تعداد و مبلغ هر خسارت را به تفکیک بیان فرمائید.
-----------------------	--

ردیف	پوشش بیمه ای	سرمایه درخواستی (ریال)
۱	حداکثر غرامت فوت و نقص برای هر نفر در هر حادثه (ماه های عادی)	
۲	حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)	
۳	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
۴	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
۵	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه	

تأییدیه پیشنهاد دهنده	شعبه/نماینده/کارگزار
صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است. نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده: تاریخ:	مهر و امضاء: تاریخ: