



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران شهرسازی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :

شماره ملی / شناسه ملی : سال تولد: کد اقتصادی (شخص حقوقی):

نام کارگزار یا نماینده و کد نمایندگی :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در پنج سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	تاریخ حادثه	تعداد حادثه	نوع (نقص عضو، فوت، مصدومیت و مالی)	علت و مقصر حادثه	مبلغ پرداخت شده (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی:

مشخصات مورد بیمه

نام و نشانی محل مورد بیمه (شهرسازی) :

نوع مالکیت : دولتی ☐ خصوصی ☐ استیجاری ☐

نوع شهرسازی : روباز ☐ سرپوشیده ☐ / مساحت کل محدوده شهر سازی : / تعداد کارکنان شهر سازی :

ساعت کار شهرسازی : روزهای کاری از ساعت لغایت

میانگین تعداد استفاده کنندگان از دستگاهها بر اساس فصول سال: فصل بهار فصل تابستان فصل پاییز فصل زمستان نفر

مشخصات دستگاه های شهر سازی: (ارائه گواهی استاندارد معتبر جهت تمامی دستگاههای شهرسازی در زمان صدور بیمه نامه الزامی می باشد)

ردیف	نام دستگاه	سال ساخت	تعداد دستگاه	تعداد اپراتور	ارتفاع از سطح زمین	تاریخ سرویس هر دستگاه	حداکثر ظرفیت مجاز هر دستگاه

عملیات سرویس و نگهداری و کنترل سلامت وسایل بازی چگونه و توسط چه شرکت هایی صورت می پذیرد؟

آیا تمایل دارید خسارت وارده به مراجعین به شهرسازی تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند؟ بلی ☐ خیر ☐

آیا تمایل دارید خسارت وارده به متصدیان شهرسازی تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند؟ بلی ☐ خیر ☐

وسایل و تجهیزات ایمنی موجود در شهرسازی :

نام و فاصله نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران شهرسازی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان

گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲

تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰

نماینده: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

پوشش‌های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

(۱) پوشش بیمه‌ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم): حداکثر تا سقف یک دیه ماه عادی سال صدور بیمه نامه ☐

(۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه: یک سال ☐ دو سال ☐ سه سال ☐

(۳) پرداخت خسارت بدون رای دادگاه: ☐

(۴) جبران هزینه‌های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی: ☐

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه‌نامه: روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
هزینه‌های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	
غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه	
غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	
خسارت مالی در هر حادثه	
خسارت مالی در طول مدت	

تأییدیه بیمه گذار

اینجانب به عنوان بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار تعهد می‌نمایم که به سئوالات مندرج در این فرم پیشنهاد به درستی و منطبق بر واقعیت پاسخ داده و موافقت می‌نمایم مندرجات پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد

امضا و مهر واحد صدور

تأییدیه واحد صدور (نماینده/ شعبه):