



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی در قبال اشخاص ثالث به تبع آتش سوزی، انفجار و ترکیدگی لوله های آب

آدرس دفتر مرکزی: تهران اتوبان حقانی پلاک ۵۳

شرکت بیمه معلم

شماره تماس: ۸۸۷۹۵۰۵۲

شماره فکس: ۸۸۷۸۱۲۴۵

مشخصات	بیمه گذار	نام بیمه گذار: تاریخ تولد/ثبت: نشانی: کدملی/شناسه ملی: تلفن همراه:
	مشخصات محل مورد بیمه	نوع فعالیت در محل موردبیمه: نشانی محل مورد بیمه: پوشش مورد در خواست: آتش سوزی و انفجار ☐ ترکیدگی لوله آب ☐ شماره بیمه نامه آتش سوزی جاری: نام بیمه گر: تاریخ شروع بیمه نامه: تاریخ انقضاء بیمه نامه: آیا بیمه نامه دارای پوشش اضافی خطر ترکیدگی لوله آب می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
مدت بیمه	از تاریخ: تا تاریخ: به مدت: روز	
سوابق بیمه ای و خسارت	۱. آیا در سال قبل/سال های قبل، پوشش بیمه مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی در قبال اشخاص ثالث را خریداری کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید. ۲. آیا در طول ۳ (سه) سال گذشته، حوادثی در ارتباط با موضوع این پیشنهاد در محل موردبیمه/محل فعالیت اتفاق افتاده است؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً تعداد و مبلغ هر خسارت را به تفکیک بیان فرمائید.	

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

تعهدات درخواستی

آدرس دفتر مرکزی : تهران اتوبان حقانی پلاک ۵۳

شرکت بیمه معلم

شماره تماس : ۸۸۷۹۵۰۵۲

شماره فکس : ۸۸۷۸۱۳۴۵

نظریه کارشناس بازدید اولیه
منتخب بیمه گر

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد:

نظریه کارشناس بازدید:

تاریخ و ساعت انجام بازدید:

نام و امضاء کارشناس بازدید:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد:

نظر کارشناس /رئیس اداره صدور جهت تعیین شرایط و محاسبه حق بیمه :

صدور بیمه نامه مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی در قبال اشخاص ثالث: با شرایط زیر امکان پذیر می باشد ☐ امکان پذیر نمی باشد ☐

شرایط صدور:

نرخ حق بیمه:

حق بیمه سالانه: ریال

تاریخ و ساعت:

نام و امضاء کارشناس/رئیس اداره صدور:

نظریه کارشناس صدور

بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم پاسخ های مندرج در این پیشنهاد بطور کامل و صحیح اظهار گردیده و از اظهار مطالب لازم خود داری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جز لاینفک آن قرار گیرد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ

اطلاعات مندرج در پیشنهاد توسط بیمه گذار تکمیل و امضا گردیده است .

مهر و امضا نماینده / کارگزار

مهر و امضا نماینده / کارگزار

تاریخ :

مهر و امضاء