

بیمه‌گذار مشخصات	نام بیمه‌گذار:	کد ملی / شناسه ملی:	کد نمایندگی:
	تاریخ تولد / تاسیس:	کد پستی:	خانم / آقای:
	نشانی:	تلفن همراه:	کارگزار:
	تلفن ثابت:	نمابر:	واحد صدور:
مدت	مدت بیمه‌نامه: ..... روز/ سال. تاریخ شروع بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ .....		
مشخصات مورد بیمه مسکونی	نشانی ساختمان مورد بیمه: .....		
	سال ساخت: ..... متراژ کل زیربنا: ..... متر مربع. تعداد طبقات: ..... تعداد واحدها: .....		
	نوع نمای ساختمان: <input type="checkbox"/> سنگ <input type="checkbox"/> شیشه <input type="checkbox"/> کامپوزیت <input type="checkbox"/> سیمان و آجر <input type="checkbox"/> سایر: .....		
	مورد بیمه در مشاعات خود دارای امکانات و تجهیزات زیر می‌باشد:		
	<input type="checkbox"/> آسانسور نفربر/ باربر/ بالابر	تعداد: .....	دستگاه: ..... ظرفیت هر دستگاه: ..... نفر/ کیلوگرم. سال ساخت: .....
	<input type="checkbox"/> پارکینگ	ظرفیت: .....	خودرو. <input type="checkbox"/> سالن اجتماعات
	<input type="checkbox"/> استخر، سونا و جکوزی	مساحت استخر: ..... متر مربع.	تعداد حوضچه‌های آب سرد و گرم: .....
	<input type="checkbox"/> سالن ورزشی و وسایل تفریحی	تعداد و مشخصات دستگاه‌ها: .....	
	چنانچه تمایلی به خرید پوشش مسئولیت خسارت ناشی از امکانات و تجهیزات بالا را <u>ندارید</u> ، ذکر فرمایید: .....		
	چنانچه مورد بیمه و امکانات و تجهیزات آن تحت پوشش سایر بیمه‌نامه‌ها می‌باشند، نوع و شماره بیمه‌نامه، نام بیمه‌گر و تاریخ اعتبار آن را ذکر فرمایید: .....		
	آیا تمایل به خرید پوشش بیمه‌ای جهت خسارت بدنی وارد به کارکنان ناشی از موضوع فعالیت آنان در مشاعات ساختمان دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	نوع فعالیت و تعداد آنان را به تفکیک ذکر فرمایید: .....		
مشخصات مورد بیمه تجاری و اداری	نوع کاربری مورد بیمه: <input type="checkbox"/> تجاری <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> سایر: .....		
	نشانی ساختمان مورد بیمه: ..... نام ساختمان مورد بیمه: .....		
	سال ساخت: ..... متراژ کل زیربنا: ..... متر مربع. تعداد طبقات: ..... تعداد واحدها: .....		
	نوع نمای ساختمان: <input type="checkbox"/> سنگ <input type="checkbox"/> شیشه <input type="checkbox"/> کامپوزیت <input type="checkbox"/> سیمان و آجر <input type="checkbox"/> سایر: .....		
	مورد بیمه در مشاعات خود دارای امکانات و تجهیزات زیر می‌باشد:		
	<input type="checkbox"/> آسانسور نفربر/ باربر/ بالابر	تعداد: .....	دستگاه: ..... ظرفیت هر دستگاه: ..... نفر/ کیلوگرم. سال ساخت: .....
	<input type="checkbox"/> پله برقی	<input type="checkbox"/> پیاده‌روی متحرک	تعداد: ..... دستگاه: ..... عرض پله: ..... متر. سرعت نامی: ..... متر بر ثانیه.
	<input type="checkbox"/> پارکینگ	ظرفیت: .....	خودرو.
	چنانچه تمایلی به خرید پوشش مسئولیت خسارت ناشی از امکانات و تجهیزات بند "الف" را <u>ندارید</u> ، ذکر فرمایید: .....		
	<input type="checkbox"/> شهر بازی	<input type="checkbox"/> رستوران	<input type="checkbox"/> کارواش
	<input type="checkbox"/> سالن سینما و تئاتر	سایر: .....	
	توجه: در این بیمه‌نامه مسئولیت مدنی بیمه‌گذار در رابطه با خسارت وارد به استفاده‌کنندگان از امکانات و تجهیزات بند "ب" <u>تحت پوشش نمی‌باشد</u> و بیمه‌گذار در صورت تمایل، لازم است بیمه‌نامه جداگانه و مرتبط با هر یک از امکانات بالا را تهیه نماید.		
	چنانچه مورد بیمه و امکانات و تجهیزات آن تحت پوشش سایر بیمه‌نامه‌ها می‌باشند، نوع و شماره بیمه‌نامه، نام بیمه‌گر و تاریخ اعتبار آن را ذکر فرمایید: .....		
امکانات ایمنی و حفاظتی	آیا ساختمان مورد بیمه دارای نگهبان (۲۴ ساعته) می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	آیا ساختمان مورد بیمه مجهز به دوربین مداربسته می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	آیا ساختمان مورد بیمه دارای سیستم اعلان و اطفاء حریق می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	آیا ساختمان مورد بیمه تحت پوشش بیمه‌نامه آتش‌سوزی می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	شماره بیمه‌نامه آتش‌سوزی: ..... نام بیمه‌گر: ..... تاریخ شروع بیمه‌نامه: ..... تاریخ انقضاء بیمه‌نامه: .....		

<b>سوابق خسارت</b>	شماره بیمه‌نامه سال قبل: ..... نام بیمه‌گر قبلی: .....				
	تعداد حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه‌های پزشکی و یا مالی در سه سال گذشته:				
	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت/ نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت/ مقصر حادثه

<b>میزان تعهدات درخواستی</b>	<b>الف: در هر حادثه</b>	<b>ب: در طی دوره بیمه‌نامه</b>
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی: ..... ریال.	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ..... ریال.
	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه‌های حرام: ..... ریال.	حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی: ..... ریال.
	حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.	حداکثر تعهد خسارات مالی: ..... ریال.

<b>پوشش‌های تکمیلی</b>	چنانچه مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر می‌باشید، موارد درخواستی را مشخص فرمایید:
	<input type="checkbox"/> ۱. غرامت فوت و نقص عضو شخص بیمه‌گذار، ناشی از حوادث احتمالی در مشاعات ساختمان در محدوده مکانی تحت پوشش بیمه‌نامه (طبق آیین‌نامه شماره ۸۴ بیمه حوادث).
	<input type="checkbox"/> ۲. پرداخت خسارت بدون رای دادگاه.
	<input type="checkbox"/> ۳. دیه دوم و بیشتر: حداکثر تعهد درخواستی مبلغ: ..... ریال.
	<input type="checkbox"/> ۴. پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه تا <input type="checkbox"/> یک سال <input type="checkbox"/> دو سال <input type="checkbox"/> سه سال.
	<input type="checkbox"/> ۵. حذف فرانشیز هزینه‌های پزشکی.
<input type="checkbox"/> ۶. جبران هزینه‌های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی.	

<b>تاییدیه بیمه‌گذار</b>	اینجانب ..... به عنوان بیمه‌گذار/ نماینده بیمه‌گذار تعهد می‌نمایم که اظهارات درج‌شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه مسئولیت مدنی مدیران یا هیأت مدیره ساختمان‌های مسکونی، اداری و تجاری در قبال ساکنین و اشخاص ثالث تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو موافقت می‌گردد این پیشنهاد منبای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد.
	تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: ..... نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه‌گذار: .....

<b>این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می‌گردد:</b>
مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور: ..... تاریخ دریافت پیشنهاد: .....