

نظر به اینکه بیمه نامه مورد در فواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا فواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.



شرکت بیمه نوین

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام متقاضی (متقاضیان) بیمه :	نماینده / کار گزار بیمه :
شماره شناسنامه / شماره ثبت :	تاریخ تولد / تاریخ ثبت :
نشانی متقاضی :	شماره ملی :
	تلفن :
در صورت دارا بودن شرکاء رسمی و یا قانونی نام آنها ذکر گردد:	
نشانی محل مورد بیمه:	
تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت متقاضی در پنج سال گذشته (به تفکیک هر حادثه) :	
در صورت دارا بودن بیمه نامه قبلی شماره بیمه نامه و شرکت بیمه ذکر گردد:	
روش پوشش بیمه ای: با نام <input type="checkbox"/> (لطفاً لیست مشخصات کارکنان را ضمیمه فرمائید) <input type="checkbox"/> بی نام <input type="checkbox"/> تعداد شیفت کاری: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/>	
در صورتی که بیش از یک شیفت باشد: شیفت اول از ساعت لغایت ساعت ، شیفت دوم از ساعت لغایت ساعت شیفت سوم از ساعت لغایت ساعت تعداد کارکنان (مجموع شیفتها): کارکنان ثابت و دائمی: نفر و قراردادی و روز مزد: حداقل نفر و حداکثر نفر (ساده نفر و متخصص نفر) * پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان پیمانکاران منوط به اعلام تعداد کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی می باشد. تعداد کارکنان پیمانکاران فرعی:	
تخریب و احداث بنا <input type="checkbox"/> مساحت کل زیر بنا	متر مربع / فقط نصب اسکلت یا اجرای نمای ساختمان <input type="checkbox"/> نوع سازه: بتنی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/>
نام پروژه :	تعداد طبقات پروژه در حال ساخت : طبقه
صنعتی، بازرگانی، خدماتی	نوع فعالیت کاری :
پوششهای اضافی مورد درخواست (لطفاً داخل مربع علامت بزنید):	
۱- مأموریتهای خارج از محل کارکنان <input type="checkbox"/>	۸- جبران مطالبات سازمانهای تامین اجتماعی و خدمات در مانی براساس تبصره یک ماده ۶۶ برای هر نفر تا سقف ریال <input type="checkbox"/>
۲- اماکن وابسته به محل کارکنان مانند رستوران ، حمام ، سالن ورزشی و محل اقامت <input type="checkbox"/>	۹- جبران خسارات بدنی شخص بیمه گذار فقط در محل مورد بیمه <input type="checkbox"/>
۳- حوادث وسایل نقلیه موتوری <input type="checkbox"/>	۱۰- جبران خسارات جانی وارد به اشخاص ثالث تا سقف دو نفر (فقط فعالیتهای ساختمانی و صرفاً صنعتی قابل ارائه است و در فعالیتهای عمرانی، خدماتی، بازرگانی و تولیدی قابل ارائه نمی باشد) <input type="checkbox"/>
۴- مسئولیت پیمانکاران فرعی (در فعالیتهای ساختمانی الزامی است و در فعالیتهای عمرانی، خدماتی، بازرگانی، تولیدی و صنعتی قابل ارائه نمی باشد) <input type="checkbox"/>	۱۱- مابه التفاوت افزایش دیه به میزان ۳۵ درصد برای: یک سال <input type="checkbox"/> دو سال <input type="checkbox"/> سه سال <input type="checkbox"/> آتی <input type="checkbox"/>
۵- مسئولیت مهندسین ناظر، مشاور، طراح و محاسب <input type="checkbox"/>	۱۲- غرامت روزانه ایام بیکاری ناشی از حوادث مورد بیمه برای کارکنان ساده و فنی <input type="checkbox"/>
۶- پرداخت خسارت بدون رای دادگاه <input type="checkbox"/>	۱۳- حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت بیمه شده ندارد. <input type="checkbox"/>
۷- جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه <input type="checkbox"/>	۱۵- مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص صاحبکار، پیمانکار، مهندسین مشاور، ناظر و مجری <input type="checkbox"/>
	۱۶- مسئولیت مجریان ذیصلاح ساختمانی (برای فعالیتهای ساختمانی) <input type="checkbox"/>
درخواست اعمال فرانشیز به میزان: پنج درصد <input type="checkbox"/> ده درصد <input type="checkbox"/> پانزده درصد <input type="checkbox"/> بیست درصد <input type="checkbox"/> بیست و پنج درصد <input type="checkbox"/>	
مدت بیمه :	از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر حادثه	حداکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه نامه
۱- هزینه پزشکی ریال	۱- هزینه های پزشکی ریال
۲- غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی ریال	۲- غرامت فوت و نقص عضو ریال
۳- غرامت فوت در ماههای حرام ریال	
۴- دیه دوم و به بالا برای نقص عضو ریال	

ضمناً اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت میشود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء متقاضی بیمه :

نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه :

تاریخ :