

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
(سهامی عام)

شرکت بیمه نوین

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی در قبال اشخاص ثالث با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد. ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت

نام متقاضی بیمه:		نماینده / کار گزار بیمه:	
شماره شناسنامه / شماره ثبت:		تاریخ تولد / تاریخ ثبت:	
نشانی بیمه گذار:		شماره ملی:	
تلفن:		تلفن:	
۲- موضوع فعالیت و نحوه انجام کار:			
نشانی محل مورد بیمه (انجام پروژه):			
آیا پروژه درون شهری است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
آیا پروژه برون شهری است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
شماره پیمان : تاریخ پیمان :			
۴- سابقه خسارت (میزان خسارت پرداختی در پنج سال گذشته و نوع خسارت پرداختی)			
۵- در صورتی که فعالیت در زمینه پروژه های عمرانی می باشد میانگین افراد ثابت در اطراف محل پروژه؟			
۶- در صورتی که فعالیت در زمینه ای غیر از پروژه های عمرانی می باشد میانگین افرادی که روزانه به محدوده فعالیت تردد دارند؟			
۷- آیا پروژه توأم با انفجار می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
- نزدیکترین فاصله شهر یا بخش به محل اجرای پروژه:			
- نزدیکترین فاصله روستا یا تأسیسات کشاورزی به محل اجرای پروژه:			
- نزدیکترین فاصله واحد مرغداری به کل اجرای پروژه:			
- نزدیکترین فاصله تأسیسات زیربنایی سایر دستگاه ها به محل اجرای پروژه:			
۸- در صورتیکه پروژه راه سازی است آیا در مسیر پروژه رودخانه وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
- در صورتیکه پروژه راه سازی است آیا در مسیر پروژه حفر تونل وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
- آیا پروژه راه سازی است و صرفاً مرمت و نگهداری توأم با تردد و بهره داری است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
مدت بیمه:		از ساعت ۲۴ روز:	
		تا ساعت ۲۴ روز:	
تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	در هر حادثه - ریال	در طول مدت بیمه - ریال	
جبران هزینه پزشکی هر نفر			
گرامت فوت و نقص عضو هر نفر			
جبران خسارات مالی			

می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء بیمه گذار

نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه

تاریخ