



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی شهرداری ها و دهیاری ها در قبال شهروندان

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

| | |
|--|--|
| نام و کد معرف : | |
| ۱- مشخصات متقاضی : | |
| ۱/۱- نام کامل متقاضی : | |
| ۱/۲- شناسه ملی : | ۱/۳- کد اقتصادی : |
| ۱/۴- آدرس متقاضی : | |
| تلفن : | دورنگار : |
| کد پستی : | |
| ۲- مشخصات مورد بیمه : | |
| ۲/۱- محدوده منطقه تحت پوشش : | |
| استان شهر / روستا منطقه | |
| ۲/۲- جمعیت محدوده تحت پوشش ، طبق آخرین سرشماری نفوس و مسکن (مرکز آمار ایران) نفر | |
| ۲/۳- شهر یا منطقه مورد بیمه ، جز مناطق گردشگری و توریستی می باشد ؟ | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۲/۴- شهر یا منطقه مورد بیمه ، جزء مناطق مهاجرپذیر می باشد ؟ | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۲/۵- منطقه تحت پوشش ، جزء مناطق حادثه خیز (حوادث طبیعی) می باشد ؟ | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۲/۶- در محدوده مورد بیمه ، سیستم فاضلاب مرکزی اجرا شده است ؟ | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۳- سوابق بیمه ای : | |
| ۳/۱- چنانچه تا کنون سابقه بیمه ای داشته اید مدت و نام شرکت بیمه را ذکر نمایید . | |
| ۳/۲- آیا در خصوص وظیفه حرفه ای شما تا کنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است ؟ در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد شرح دهید. | |
| ۴- مدت و میزان تعهد مورد درخواست : | |
| ریال | ۴/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه |
| ریال | ۴/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه |
| ریال | ۴/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی |
| ریال | ۴/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام |
| ریال | ۴/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه |
| ریال | ۴/۶- تعهد بیمه گر برای جبران خسارات مالی برای هر نفر در هر حادثه |
| ریال | ۴/۷- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران خسارات مالی در طول مدت بیمه نامه |
| ۴/۸- مدت زمان پوشش بیمه مورد درخواست: ماه از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز | |
| اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. | |
| امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد. | |
| نام و امضای متقاضی : | تاریخ : |