

|               |                                                                |                                                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| LAF079        | بیمه سامان                                                     |  |
| تجدید نظر: 00 | فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی شرکتهای نصب و نگهداری |                                                                                    |
| صفحه: ۱ از ۲  | تابلوهای تبلیغاتی در قبال اشخاص ثالث                           |                                                                                    |

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

| شخص حقیقی                                                                                                                                                                          | شخص حقوقی                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام و نام خانوادگی: .....<br>تاریخ تولد: ۱۳ / / .....<br>شماره ملی (الزامی است): .....<br>تلفن همراه: .....<br>سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: ..... | نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): .....<br>نوع مالکیت: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/><br>تاریخ تأسیس: ۱۳ / / .....<br>شماره ثبت: .....<br>شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است): ..... |

نشانی متقاضی (بیمه گذار): .....

تلفن: ..... فکس: ..... کدپستی: .....

آیا تا کنون سابقه بیمه مسئولیت خریداری نموده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمایید:

نام بیمه گر: ..... در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه: .....

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت،نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:

| نوع حادثه   | تعداد حادثه | تعداد آسیب دیده (نفر) |
|-------------|-------------|-----------------------|
| فوت         |             |                       |
| نقص عضو     |             |                       |
| هزینه پزشکی |             |                       |

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه :

مشخصات عمومی مورد بیمه

ارائه لیست مشخصات تابلوها و نشانی دقیق تابلوهای نصب شده در زمان صدور بیمه نامه الزامیست.

| ردیف | ابعاد تابلو مورد بیمه | تعداد | نوع تابلو                                                                                                                         |
|------|-----------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                       |       | یک وجهی <input type="checkbox"/> دو وجهی <input type="checkbox"/> سه وجهی <input type="checkbox"/> گردان <input type="checkbox"/> |
|      |                       |       | یک وجهی <input type="checkbox"/> دو وجهی <input type="checkbox"/> سه وجهی <input type="checkbox"/> گردان <input type="checkbox"/> |
|      |                       |       | یک وجهی <input type="checkbox"/> دو وجهی <input type="checkbox"/> سه وجهی <input type="checkbox"/> گردان <input type="checkbox"/> |
|      |                       |       | یک وجهی <input type="checkbox"/> دو وجهی <input type="checkbox"/> سه وجهی <input type="checkbox"/> گردان <input type="checkbox"/> |

|               |                                                                                                                      |                                                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| LAF079        | بیمه سامان                                                                                                           |  |
| تجدید نظر: 00 | <b>فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی شرکتهای نصب و نگهداری</b><br><b>تابلوهای تبلیغاتی در قبال اشخاص ثالث</b> |                                                                                    |
| صفحه: ۲ از ۲  |                                                                                                                      |                                                                                    |

محل نصب تابلوها: ☐ سطح شهر ☐ حاشیه بزرگراه ☐ بالای ساختمان

حداکثر ارتفاع از سطح زمین (متر): .....

نحوه سرویس و نگهداری و بازدید: .....

نوع وسایل ایمنی و حفاظتی: .....

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه : ..... روز تاریخ شروع : از ساعت ۲۴روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: تا ساعت ۲۴روز / / ۱۳

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

| تعهدات مورد درخواست بیمه گذار                                     | تعهد به ریال |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه                        |              |
| حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه                                |              |
| حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی |              |
| حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام           |              |
| حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه                        |              |
| حداکثر خسارت مالی در هر حادثه                                     |              |
| حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه                                 |              |

\*\*\* بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.\*\*\*

• بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

• بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

\*\*\* به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. \*\*\*

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| نماینده / کارگزار: | بیمه گذار:         |
| مهر، امضاء و تاریخ | مهر، امضاء و تاریخ |