

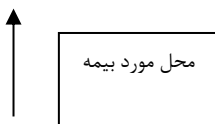


پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی

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				
نام و نام خانوادگی متقاضی :		۱/۲- کد ملی :		
۱/۳- شماره شناسنامه :		۱/۴- تاریخ تولد :		
۱/۵- نشانی متقاضی :				
تلفن ثابت :		تلفن همراه :		کد پستی :
۲- مشخصات محل مورد بیمه (غیر از جایگاههای سوخت):				
۲/۱- نشانی محل مورد بیمه :				
تلفن ثابت :		تلفن همراه :		نمابر :
۲/۲- نوع کاربری محل مورد بیمه :		مسکونی تجاری اداری صنعتی		
۲/۳- مساحت محل مورد بیمه : متر مربع				
تعداد کل طبقات :		تعداد طبقات زیرزمین:		
شماره طبقه محل مورد بیمه :				
۳- مشخصات محل مورد بیمه (ویژه جایگاههای سوخت) :				
۳/۱- نشانی جایگاه :				
۳/۲- نوع مالکیت :		شخصی دولتی استیجاری		
۳/۳- نام مالک :		۳/۴- کد و نام جایگاه :		
۳/۵- نام مسئول جایگاه :		۳/۶- تعداد کارکنان جایگاه :		
۳/۷- مساحت جایگاه :		۳/۸- مساحت ابنیه جایگاه :		
۳/۹- چنانچه محل مورد بیمه جایگاه سوخت CNG و یا عرضه فرآورده های نفتی می باشد جداول زیر تکمیل گردد.				
مخازن				
مخازن	تعداد	ظرفیت مخزن	نوع سازه مخزن	سایر توضیحات
بنزین				
گازوئیل				
روغن				
نفت				
گاز				
پمپ ها				
پمپ	تعداد	نوع پمپ	سایر توضیحات	
بنزین				
گازوئیل				
روغن				
نفت				
گاز				
میزان فروش روزانه مواد سوختی : لیتر				

۴- مشخصات ساختمانهای مجاور

ضلع شمالی : نوع سازه	تعداد طبقات	ارزش تقریبی
مورد استفاده	سال ساخت :	
ضلع جنوبی : نوع سازه	تعداد طبقات	ارزش تقریبی
مورد استفاده	سال ساخت :	
ضلع شرقی : نوع سازه	تعداد طبقات	ارزش تقریبی
مورد استفاده	سال ساخت :	
ضلع غربی : نوع سازه	تعداد طبقات	ارزش تقریبی
مورد استفاده	سال ساخت :	
مشخصات طبقه بالا و پائین "آپارتمان"		
طبقه بالا : مترائ	مورد استفاده :	ارزش تقریبی:
طبقه پائین : مترائ	مورد استفاده :	ارزش تقریبی:
موقعیت محل مورد بیمه و همسایگان مجاورشمال		
		

۵- سوابق بیمه ای

۵/۱- آیا محل مورد بیمه دارای بیمه نامه آتش سوزی می باشد ؟	بله	خیر	(در صورت مثبت بودن پاسخ اطلاعات زیر را تکمیل فرمایید)
نزد کدام شرکت بیمه :	از تاریخ :	تا تاریخ
۵/۲- چنانچه تا کنون خسارتی ناشی از آتش سوزی و انفجار در محل مورد بیمه رخ داده است علت ، نوع و میزان خسارت را شرح دهید			
۵/۳- شرح امکانات اطفاء حریق و موارد ایمنی رعایت شده برای جلوگیری از وقوع حادثه در محل مورد بیمه :			

۶- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست:

۶/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
۶/۲- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه	
۶/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
۶/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
۶/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامتهای فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه	
۶/۶- تعهد بیمه گر برای جبران خسارات مالی در هر حادثه	
۶/۷- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران خسارات مالی در طول مدت بیمه نامه	
۶/۸- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	
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.	

تاریخ :/...../..... نام و امضای متقاضی :