

**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیر / هیئت مدیره مراکز تجاری، اداری و
مجتمع‌های مسکونی در قبال ساکنین ، اشخاص ثالث و مراجعین در مشاعات**

شماره پیشنهاد: / نام معرف: 	شماره پیشنهاد: نام معرف: 	شماره پیشنهاد: 																																																																		
بیمه‌گذار (حقیقی و حقوقی): شماره شناسنامه: محل صدور: سال تولد: تلفن / دورنگار: 																																																																				
نام مرکز تجاری، اداری یا مسکونی: محدوده جغرافیایی : سال ساخت ساختمان: مساحت زمین: متر طول : متر عرض : متر تعداد طبقات : تعداد واحدها : تعداد بلوک : نوع سازه : تمام اسکلت <input type="checkbox"/> نیمه اسکلت <input type="checkbox"/> بتنی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> چنانچه قدمت ساختمان بیش از ۱۵ سال باشد آیا مورد بازسازی قرار گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا ساختمان دارای سالن اجتماعات است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا ساختمان دارای دوربین مداریسته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا پوشش حوادث ناشی از استفاده آسانسور مورد درخواست می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ظرفیت آسانسور: سال ساخت: تعداد توقف: شرکت سرویس ونگهداری : آیا پوشش خسارت وارد به اتومبیل ها (آتش سوزی و انفجار) در داخل پارکینگ مورد درخواست می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ظرفیت پارکینگ : آیا پوشش خسارت وارد به استفاده کنندگان از استخر، سونا و جکوزی مورد درخواست می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (درصورتیکه ساختمان دارای ناجی غریق نمی باشد، خسارت ناشی از غرق شدگی، استثناء است) آیا دارای مجموعه ورزشی می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تعداد و نوع دستگاه ها : آیا پوشش خسارت وارد نمای از ساختمان مورد درخواست می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تعداد کارکنان (به تفکیک نظافتچی/سرایدار/نگهدار/باغبان) : آیا بیمه‌نامه آتشسوزی صادر گردیده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر شماره بیمه‌نامه : تاریخ انقضاء : آیا پوشش بتبع حریق مورد خواست می باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر موقعیت اضلاع مجاور : 																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">عنوان</th> <th style="width: 10%;">کاربری</th> <th style="width: 10%;">تعداد طبقات</th> <th style="width: 10%;">قدمت</th> <th style="width: 10%;">سایر اطلاعات</th> <th style="width: 10%;">عنوان</th> <th style="width: 10%;">کاربری</th> <th style="width: 10%;">تعداد طبقات</th> <th style="width: 10%;">قدمت</th> <th style="width: 10%;">سایر اطلاعات</th> <th style="width: 10%;">کاربری</th> <th style="width: 10%;">تعداد طبقات</th> <th style="width: 10%;">قدمت</th> <th style="width: 10%;">عنوان</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ملک شمالی</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ملک غربی</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ملک جنوبی</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ملک شرقی</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			عنوان	کاربری	تعداد طبقات	قدمت	سایر اطلاعات	عنوان	کاربری	تعداد طبقات	قدمت	سایر اطلاعات	کاربری	تعداد طبقات	قدمت	عنوان	ملک شمالی				ملک غربی										ملک جنوبی					ملک شرقی																																
عنوان	کاربری	تعداد طبقات	قدمت	سایر اطلاعات	عنوان	کاربری	تعداد طبقات	قدمت	سایر اطلاعات	کاربری	تعداد طبقات	قدمت	عنوان																																																							
ملک شمالی				ملک غربی										ملک جنوبی																																																						
				ملک شرقی																																																																
۱- چنانچه سابقه بیمه‌ای دارید، مدت بیمه و شرکت‌های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید ۲- چنانچه در طول سه سال گذشته حادثه‌ای منجر به فوت یا نقص عضو در محل مورد بیمه به وقوع پیوسته؛ تعداد، نوع و مبالغ خسارت دریافتی را ذکر نمایید.																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="width: 20%;">فوت</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">نقص عضو</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">نوع پوشش</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">در ماههای حرام</th> <th style="width: 10%;">در ماههای عادی</th> <th style="width: 10%;">دریال</th> <th style="width: 10%;">دریال</th> <th style="width: 10%;">دریال</th> <th style="width: 10%;">دریال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ریال</td> <td>ریال</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ریال</td> <td>ریال</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ریال</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			فوت		نقص عضو		نوع پوشش		در ماههای حرام	در ماههای عادی	دریال	دریال	دریال	دریال	ریال	ریال					ریال	ریال					ریال						ریال						ریال						ریال						ریال						ریال						ریال					
فوت		نقص عضو		نوع پوشش																																																																
در ماههای حرام	در ماههای عادی	دریال	دریال	دریال	دریال																																																															
ریال	ریال																																																																			
ریال	ریال																																																																			
ریال																																																																				
ریال																																																																				
ریال																																																																				
ریال																																																																				
ریال																																																																				
ریال																																																																				
ریال																																																																				
۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هرنفر در هر حادثه ۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه ۳- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه ۴- هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه ۵- خسارت مالی در هر حادثه ۶- خسارت مالی در طول مدت اعتبار بیمه نامه																																																																				
مدت بیمه درخواستی: روز																																																																				
به این وسیله تأیید و گواهی می نمایم: ۱- کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می شود که اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه توسط بیمه البرز قرار گیرد. ۲- این پرسشنامه جزء لاینک بیمه‌نامه است و به تنها بیهیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه البرز ایجاد نمی نماید.																																																																				
نام/مهر و امضاء بیمه‌گذار																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">مهر و امضاء معرف</td> <td style="width: 50%;">نام و امضاء</td> </tr> </table>			مهر و امضاء معرف	نام و امضاء																																																																
مهر و امضاء معرف	نام و امضاء																																																																			