

نشانی: تهران - میدان ونک
 خیابان ونک - پلاک ۹
 کدپستی: ۱۹۹۴۶۱۸۳۱۷
 تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۹۰
 www.bimehma.ir



بیمه ما
 ma insurance

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران شهرداری در قبال مراجعه کنندگان

از شرکت بیمه "ما" درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران شهرداری در قبال مراجعه کنندگان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز
 از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام: کد ملی / کد اقتصادی:

تاریخ تولد/ تأسیس: روز ماه سال تلفن:

نشانی: کد پستی:

وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: دولتی خصوصی

نماینده/ کارگزار:

کد:

کد واحد صدور:

مشخصات شهرداری

تعداد دستگاه های موجود در شهرداری: دستگاه

تعداد کارکنان شهرداری: نفر

مساحت شهرداری: مترمربع

مشخصات فنی کلیه دستگاه ها شامل سال ساخت و نام کشور سازنده و ظرفیت آنها را مختصراً توضیح دهید.

.....

.....

.....

میانگین تعداد استفاده کنندگان در هر روز/ ماه: نفر

متوسط درآمد روزانه: ریال

آیا شهرداری دارای قرارداد سرویس و نگهداری معتبر می باشد؟ بلی خیر

نام شرکت طرف قرارداد:

آیا در محوطه شهرداری درمانگاه یا اورژانس وجود دارد؟ بلی خیر

آیا محوطه شهرداری دارای امکانات اطفای حریق می باشد؟ بلی خیر

سایر امکانات و اقدامات ایمنی و حفاظتی شهرداری:

.....

آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ در صورت پاسخ مثبت نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید:

.....

سابقه خسارتی

آیا در پنج سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ مرقوم فرمایید:

تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ هزینه پزشکی (ریال)	نوع حادثه	تاریخ حادثه

تعهدات درخواستی بیمه گذار

الف: در هر حادثه:

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در ماه های عادی: ریال

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های حرام: ریال

حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر:

ب: در طی دوره بیمه:

حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو: ریال

حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی: ریال

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران شهرداری در قبال مراجعه کنندگان می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید.

تاریخ: مهر یا امضای بیمه گذار: