



بیمه ملت

## فرم پیشنهاد طرح بیمه مسئولیت مدنی مدیر / هیئت مدیره ساختمان های مسکونی در قبال اشخاص ثالث

کد مدرک: FO-LB-65/01

شماره: .....

تاریخ: .....

متقاضی گرامی! باتوجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را به صورت کامل، دقیق

و خوانا پاسخ داده و هیچ یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سؤالی غیرمرتبط است، در مقابل آن علامت  بگذارید.

|                     |                    |   |
|---------------------|--------------------|---|
| نمایندگی / کارگزار: | نام پیشنهاددهنده:  | کد ملی / شناسه ملی:                     |
|                     | نام پدر:           | تاریخ تولد/تأسیس: روز      ماه      سال |
| کد:                 | تلفن / تلفن همراه: | کد پستی:                                |
|                     | نشانی:             |   |

مشخصات پیشنهاددهنده

|  |              |                   |                    |
|--|--------------|-------------------|--------------------|
| سال ساخت:  | تعداد طبقات: | تعداد واحدها:     | تعداد فاز یا بلوک: |
| نشانی محل مورد بیمه:   |              |                   |                    |
| آیا ساختمان مذکور دارای کارکنان خدماتی بشرح زیر می باشد؟   |              |                   |                    |
| سرایدار <input type="checkbox"/> نگهبان <input type="checkbox"/> نظافتچی <input type="checkbox"/> باغبان <input type="checkbox"/> سایر کارکنان <input type="checkbox"/> با ذکر موضوع کار : |              |                   |                    |
| در صورت مثبت بودن پاسخ مشخصات افراد (نام، نام خانوادگی و کد ملی) و زمان های کاری آنها را مختصراً شرح دهید .  |              |                   |                    |
| ۱. نام و نام خانوادگی:   | کد ملی:      | روز و ساعات کاری: |                    |
| ۲. نام و نام خانوادگی:   | کد ملی:      | روز و ساعات کاری: |                    |
| ۳. نام و نام خانوادگی:   | کد ملی:      | روز و ساعات کاری: |                    |
| ۴. نام و نام خانوادگی:   | کد ملی:      | روز و ساعات کاری: |                    |
| ۵. نام و نام خانوادگی:   | کد ملی:      | روز و ساعات کاری: |                    |
| تعداد آسانسورهای ساختمان: .....  |              |                   |                    |
| آیا ساختمان دارای استخر <input type="checkbox"/> سونا <input type="checkbox"/> جکوزی <input type="checkbox"/> امکانات ورزشی <input type="checkbox"/> می باشد؟                              |              |                   |                    |
| مساحت استخر: ساعات استفاده:  |              |                   |                    |
| اسامی ناچیان غریق یا مربیان استخر (در صورت وجود):  |              |                   |                    |
| امکانات ورزشی موجود در ساختمان:  |              |                   |                    |

مشخصات فعالیت

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <p>پیشینه خسارت و سوابق بیمه‌ای</p> | <p>لطفاً آمار حوادث در سه سال گذشته که منجر به احراز مسئولیت بیمه‌گذار ناشی از فعالیت مورد بیمه شده است را درج نمایید.</p> <p>شماره بیمه‌نامه سال قبل: _____<br/>نام بیمه‌گر سال قبل: _____</p>  |
| <p>تعهدات</p>                       | <p>با توجه به تعداد واحدهای مجتمع مسکونی و براساس طرح‌های مشخص شده در برگ پیوست پرسشنامه تعیین می‌گردد.</p>  |
| <p>پوشش‌های تکمیلی</p>              | <p>آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟</p> <p>مسئولیت در قبال کارکنان ساختمان: <u>(مشروط به اعلام اسامی کارکنان)</u></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>دیه دوم یا بیشتر تا سقف یک دیه ماه عادی در طی دوره بیمه:</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>پرداخت غرامت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رای دادگاه:</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>پرداخت هزینه‌های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت:</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>جبران یک بار مابه‌التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط به، به روز بودن دیه بیمه‌نامه در زمان حادثه:</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>حوادث شخص مدیر / هیئت مدیره ساختمان به ازای هر نفر ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال جانی و ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هزینه پزشکی (با نام):</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نام مدیران تحت پوشش فوق ذکر شود:</p> |
| <p>مدت:</p>                         | <p>از ساعت ۲۴ مورخ _____ تا ساعت ۲۴ مورخ _____ به مدت ۳۶۵ روز.</p>   |

اینجانب ..... بدینوسیله اعلام می‌دارم که اظهارات مندرج در این فرم پیشنهاد صحیح بوده و هیچ‌گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضای این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و یا پیشنهاد دهنده نخواهد بود.

امضاء و مهر نماینده/کارگزار: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / ۱۳ \_\_\_\_\_ نام و امضاء پیشنهاد دهنده: \_\_\_\_\_

**پیشنهاد دهنده گرامی: در این طرح بیمه‌ای، پوشش‌های زیر به طور پیش فرض ارائه می‌شوند:**

- ۱- مسئولیت در قبال استفاده‌کنندگان از آسانسور.
  - ۲- مسئولیت در قبال مالکین خودروهای مستقر در پارکینگ ناشی از حوادثی از قبیل آتش‌سوزی و برخورد و سقوط اجسام خارجی بر روی خودرو.
  - ۳- مسئولیت ناشی از ریزش نمای ساختمان مشروط بر اینکه عمر نمای ساختمان بیشتر از ۱۵ سال نباشد.
  - ۴- مسئولیت ناشی از آتش‌سوزی مشروط به خریداری شدن و وجود بیمه‌نامه معتبر آتش‌سوزی در زمان بروز حادثه برای ساختمان موضوع بیمه.
  - ۵- مسئولیت در قبال استفاده‌کنندگان از استخر شنا، سونا و جکوزی محل مورد بیمه (در صورت وجود استخر شنا، سونا و جکوزی).
  - ۶- مسئولیت در قبال استفاده‌کنندگان امکانات ورزشی محل مورد بیمه (در صورت وجود امکانات ورزشی).
- لازم به ذکر است امکان درخواست نشدن هیچ یک از این پوشش‌ها وجود ندارد و بابت پوشش‌های ۵ و ۶، صرفاً در صورت وجود امکانات مربوطه در مجتمع مسکونی، حق بیمه دریافت می‌گردد.