

# پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه در قبال اشخاص ثالث



اینجانب / شرکت: با تأیید صحت اظهارات مندرج در پیشنهاد بیمه، تقاضای صدور بیمه‌نامه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه در قبال اشخاص ثالث را بر اساس مندرجات ذیل دارم و تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد، با صداقت کامل پاسخ داده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر محق به اعمال قوانین بیمه می‌باشد. همچنین موافقت می‌نمایم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ پیشنهاد: مهر و امضای پیشنهاد دهنده:

مشخصات بیمه‌گذار	* نام بیمه‌گذار (حقیقی/حقوقی): * نشانی بیمه‌گذار (محل سکونت): * تلفن تماس (ثابت): * نشانی محل کارگاه (نشانی باید ختم به پلاک/ پلاک ثبتی یا کد پستی باشد):	* کد ملی/کد اقتصادی (اجباری):  * همراه): * فاکس):
	* نوع خاک: ..... * سطح آب‌های زیرزمینی: ..... متر * عمق خاکبرداری از سطح صفر: ..... متر	
مشخصات مورد بیمه	* محل و چگونگی دیوای مصالح: * ابعاد زمین (متر) * روش و چگونگی خاکبرداری: دستی <input type="checkbox"/> ماشینی <input type="checkbox"/> هردو <input type="checkbox"/> * ماشین‌آلات خاکبرداری: * میزان تردد اشخاص ثالث در اطراف پروژه: کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> * نوع سازه‌های مجاور: خشت و گل <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> نیم اسکلت <input type="checkbox"/> تمام اسکلت <input type="checkbox"/>	
	<b>میزان تعهدات بیمه‌گر برای اشخاص ثالث (غرامت فوت ، نقص عضو، هزینه پزشکی و مالی)</b>	
الف- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی ..... ریال ب- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام ..... ریال پ- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه ..... ریال ت- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه ..... ریال ث- حداکثر هزینه پزشکی در مدت اعتبار بیمه‌نامه ..... ریال ج- خسارت مالی در هر حادثه ..... ریال چ- حداکثر خسارت مالی در مدت اعتبار بیمه‌نامه ..... ریال تبصره: در صورت درخواست تعهد مالی صدور بیمه‌نامه منوط به بازدید کارشناس شعبه می‌باشد.		
مدت بیمه‌نامه: ..... تاریخ شروع: ..... تاریخ پایان: .....		
سوابق بیمه‌ای	* سابقه بیمه‌ای: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> * شرکت بیمه سال قبل: ..... شماره بیمه‌نامه سال قبل: ..... * سابقه خسارت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
	در صورت وجود هر گونه موارد تشدید خطر، غیر از موارد ذکر شده در این پرسشنامه، لطفاً توضیح دهید:	
ملاحظات بیمه‌گر	مهر و امضای نماینده:	مهر و امضای کارشناس صدور: