



شرکت کارگزاری بیمه سایپا
پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی ناشی از
آتش سوزی

شماره سند: PI-FO-12
شماره بازنگری: 01

بیمه گذار:	کدملی/شناسه ملی:	کد اقتصادی:
نشانی:	تلفن:	دورنگار:
کد پستی:		
موضوع فعالیت در محل مورد بیمه: مسکونی <input type="checkbox"/> تجاری <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> صنعتی <input type="checkbox"/>		
بیمه گر مورد نظر (با توجه به شرکتهای ذکر شده در ذیل صفحه انتخاب گردد):		
مساحت محل مورد بیمه:	تعداد کل طبقات:	تعداد طبقات زیرزمین:
شماره طبقه مورد بیمه:		
آیا محل مورد بیمه دارای بیمه نامه آتش سوزی میباشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تا تاریخ:
نزد کدام شرکت بیمه:	از تاریخ:	
آیا تا کنون حادثه ای در محل مورد بیمه اتفاق افتاده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
چنانچه پاسخ مثبت است علت حادثه و میزان خسارت را شرح دهید		
امکانات اطفای حریق در محل مورد بیمه را شرح دهید.		
مشخصات ساختمانهای مجاور		
شمالی	ضلع جنوبی	غربی
- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی	- نوع سازه: - تعداد طبقات: - مورد استفاده: - سال تقریبی ساخت: - ارزش تقریبی

در صورتی که محل مورد بیمه آپارتمان باشد، لطفاً واحدهای مجاور رادرجدول فوق قید نمایند.

مشخصات طبقات بالا و پایین آپارتمان

طبقه بالا	طبقه پائین
- متر اژ: - مورد استفاده: - ارزش تقریبی	- متر اژ: - مورد استفاده: - ارزش تقریبی





شرکت کارگزاری بیمه سایپا
پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی ناشی از
آتش سوزی

شماره سند: PI-FO-12
شماره بازنگری: 01

موقعیت محل مورد بیمه و همسایگان مجاور
شمال

محل مورد بیمه

حداکثر تعهدات مورد درخواست

ریال	برای هر نفر	فوت و نقص عضو	تعهدات بدنی
ریال	برای هر نفر	هزینه پزشکی	
ریال	در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه		تعهدات مالی
مدت پوشش بیمه ای مورد درخواست : از تاریخ تا تاریخ			

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و هیچ گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا ازگفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرارگیرد.
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: / / ۱۳

