



پرسشنامه بیمه مسئولیت جامع شهرداری

| |
|--|
| نام بیمه گذار : |
| آدرس بیمه گذار : تلفن : |
| محل مورد بیمه : |
| تعداد نفرات منطقه یا شهر : |
| سرمايه های مورد درخواست : |
| الف - هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه ریال |
| ب - هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه ریال |
| ج - غرامت فوت و نقص عضو هر نفر ریال |
| ج - غرامت فوت و نقص عضو اشخاص در طول مدت بیمه نامه ریال |
| د - تعهدات مالی در هر حادثه ریال |
| ه - تعهدات مالی در طول مدت بیمه نامه ریال |
| مدت بیمه مورد درخواست از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز |
| بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه 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 بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. |
| نام و امضاء پیشنهاد دهنده |

مهر و امضاء نمایندگی

کد و نام نمایندگی

تاریخ :