



شرکت بیمه تعاون

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی شهرداری ها در قبال شهروندان را با مشخصات زیر صادر نمایید.
ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام متقاضی بیمه :		شماره اقتصادی / ملی :	
شماره ثبت:		تاریخ تأسیس / تولد:	
نشانی: استان	شهر	منطقه شهرداری	خیابان
کویچه	پلاک	شماره پستی	
پست الکترونیک:	تلفن:	دورنگار:	تلفن همراه:
نشانی محل مورد بیمه (محدوده تحت مسئولیت شهرداری): در نقشه پیوست مشخص شده است.			
مساحت کل محدوده تحت مسئولیت: متر مربع		جمعیت محدوده تحت مسئولیت: نفر	
لطفاً حوادثی را که در سه سال گذشته موجب مصدومیت، نقص عضو و یا فوت شهروندان شده است در جدول ذیل درج نمایید.			
سال	شرح و علت حادثه	تعداد	مبلغ پرداخت شده - ریال
مدت بیمه:		از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز	
حداکثر تعهدات مورد درخواست - ریال			تعهدات مورد درخواست
هر نفر در هر حادثه	در مجموع هر حادثه	در مجموع مدت بیمه	هزینه پزشکی
			فوت و نقص عضو
			خسارات مالی

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد

نام و امضاء متقاضی بیمه

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه

تاریخ: