



پرسشنامه بیمه مسئولیت جامع شهرداری

بیمه ایران

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: