



بیمه ایران

تاریخ

شماره

پیوست

بر سنده و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدیران شهرداری

- نام متقاضی:			
- به نشانی شهرداری:			
- شماره تلفن:		- شماره فاکس:	
• در صورتیکه در سه سال اخیر سابقه خسارتی یا ادعای خسارت علیه شهرداری طرح شده باشد، لطفاً تعداد، موضوع، مبالغ پرداختی و یا در جریان رسیدگی را ذکر نمایید:			
« مشخصات دستگاهها »			
ردیف	نوع دستگاه	سال ساخت	ظرفیت دستگاه (به نفر)
جمع			
حدود تعهدات		هزینه پزشکی هر نفر:	
بیمه‌ای مورد تقاضا		فوت و نقص عضو هر نفر:	
		ریال	
		ریال	
جبران خسارت: با رای دادگاه <input type="checkbox"/>		بدون رای دادگاه <input type="checkbox"/>	
مدت پوشش بیمه‌ای مورد تقاضا:		ماه	
به چه میزان تقاضای کاهش در سرمایه (طول مدت بیمه‌نامه) دارید: % (به درصد)			

بدینوسیله تایید و گواهی می‌شود اظهار فوق منطبق با واقعیت است و اینجانب بعنوان متقاضی بیمه فوق ضمن قبول و پذیرش مفاد شرایط خصوصی و عمومی بیمه‌نامه مسئولیت مدنی با صدور بیمه‌نامه موافقت دارم.

مهر و امضاء متقاضی

تاریخ تکمیل: / /