



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی جایگاه داران سوخت در قبال اشخاص ثالث

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان
پانزدهم، پلاک ۲.
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :
 نوع بیمه گذار: (دولتی خصوصی شماره ملی/ شناسه ملی : کداقتصادی (شخص حقوقی) : نام کارگزار / نماینده و کد :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو و مالی)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل : نام بیمه گر قبلی :

ب: مشخصات و کروکی جایگاه سوخت

۱) نام و نشانی دقیق جایگاه سوخت :

۲) نوع مالکیت : صاحب مجموعه استیجاری - نام مدیر : سابقه مدیریت..... سال - تاریخ تاسیس

۳) مساحت کل مجموعه به متر مربع : / ساعت کار : شبانه روزی روزانه (روزهای کاری از ساعت لغایت

۴) نوع جایگاه سوخت : بنزین و گازوئیل CNG هردو - تعداد نازل : بنزین و گازوئیل عدد و CNG عدد.

۵) محل استقرار جایگاه سوخت : داخل شهر بیرون شهر - تعداد کارکنان مستقر در جایگاه سوخت نفر - تعداد شیفت کاری

۶) جایگاه سوخت بیمه نامه آتش سوزی دارد؟ بلی خیر - جایگاه سوخت مجهز به سیستم اعلام و اطفاء حریق مناسب می باشد؟ بلی خیر

۷) میانگین فروش روزانه انواع مواد سوختی به تفکیک لیتر- میانگین تعداد خودرو ورودی جهت سوخت گیری در روز دستگاه.

۸) ساختمان، اموال و تاسیسات متعلق به اشخاص ثالث و موجود در پیرامون پروژه تا شعاع ۱۰۰ متر :
 - تعداد واحد مسکونی ارزش تقریبی به ریال تعداد نفرات ساکن

- تعداد واحد ساختمانی با کاربری عمومی، آموزشی، تجاری و بیمارستان ارزش تقریبی به ریال

تعداد تقریبی ساکنین و مراجعین به ساختمان ها

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: روز/ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ	
ریال	هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
ریال	هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)
ریال	گرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه
ریال	گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)
ریال	خسارت مالی در هر حادثه
ریال	خسارت مالی در طول مدت بیمه

د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.
 تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد نام و امضاء بیمه گذار

واحد صدور (شعبه/نماینده):
 تاریخ دریافت فرم پیشنهاد امضاء و مهر واحد صدور