

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی برگزارکنندگان نمایشگاه در قبال مراجعین

خواهشمند است بیمه‌نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می‌نمایم نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

تنها حوادثی که در محدوده مکانی و زمانی بیمه‌نامه رخ دهد و بیمه‌گذار مسئول آن شناخته شود، تحت پوشش این بیمه‌نامه خواهد بود.

| | |
|---|--|
| نام پیشنهاد دهنده : _____ | کد/شناسه ملی : _____ |
| تاریخ تولد/تأسیس : روز _____ ماه _____ سال _____ | تلفن / همراه : _____ |
| کدپستی : _____ | نشانی: _____ |
| نام و نشانی نمایشگاه : _____ | |
| نوع نمایشگاه: بین‌المللی <input type="checkbox"/> دائمی <input type="checkbox"/> فصلی <input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/> عرضه موقت کالا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> | |
| موضوع فعالیت : _____ | |
| مدت برگزاری نمایشگاه: _____ روز | تعداد غرفه‌داران : _____ |
| ساعات کاری: _____ | متوسط تعداد بازدیدکنندگان روزانه : _____ |
| ابعاد غرفه‌ها : _____ | نوع اسکلت غرفه‌ها : _____ |
| آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> | |
| آیا ساختمان/محل مورد بیمه دارای بیمه‌نامه آتش‌سوزی معتبر می‌باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | |
| نام بیمه‌گر: _____ | نام بیمه‌گر و شماره بیمه‌نامه _____ |
| تاریخ بیمه‌نامه: _____ | |
| وسایل و تجهیزات ایمنی محل برگزاری: _____ | |
| لطفاً چنانچه در ۳ سال گذشته ادعایی بر علیه شما در خصوص خسارات مالی- جانی شده است، با ذکر میزان تشریح نمائید: _____ | |
| _____ | |
| مدت بیمه : _____ روز | از تاریخ _____ تا تاریخ _____ |
| حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه : _____ ریال | |
| حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت هزینه پزشکی در طول مدت بیمه‌نامه : _____ ریال | |
| حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه (ماه عادی) : _____ ریال | |
| حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت هر نفر در هر حادثه (ماه حرام) : _____ ریال | |
| حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه : _____ ریال | |

ضمناً اعلام می‌دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه‌نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء بیمه‌گذار :

نماینده / کارگزار :

تاریخ: