

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی تولید کنندگان کالا
در برابر استفاده کنندگان و اشخاص ثالث



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

لطفاً یک نسخه از بروشور چاپ شده و تصاویر استانداردهای اخذ شده شرکت را برای معرفی شرکت ضمیمه فرمایید.

بیمه گذار	نام بیمه گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت:
	تاریخ تولد / ثبت: / / کد اقتصادی:
مشخصات	نشانی:
	کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:
بیمه گذار	تاریخ تأسیس: / / تاریخ بهره برداری و شروع تولید محصول: نوع مالکیت:
	نشانی دفتر مرکزی: تلفن: فکس:
بیمه گذار	نشانی محل کارخانه: تلفن: فکس:
	نام مدیر عامل: تعداد پرسنل:
بیمه گذار	۱- نوع/انواع محصولات تولیدی:
	نام کالا
بیمه گذار	قیمت هر واحد
	تعداد تولیدی (سالانه)
بیمه گذار	ارزش کالای تولید شده (سالانه) ریال
	۲- شرح کاربرد کالا:
بیمه گذار	۳- لطفاً برآورد میزان فروش را اعلام فرمایید. (لطفاً آخرین تعرفه قیمت را ضمیمه پرسشنامه نمایید)
	۴- تعداد تولیدات و فروش محصولات در سه سال اخیر را ذکر نمایید.
بیمه گذار	میزان تولید در سال / / در سال: / / در سال: / / در سال:
	میزان فروش در سال / / در سال: / / در سال: / / در سال:
بیمه گذار	۵- نام کشوری را که دانش فنی تولید و همچنین نام شرکتی را که نمایندگی و مجوز ساخت محصول از آن دریافت شده است، را ذکر فرمایید:
	۶- آیا محصولات تولید شده در موارد زیر استفاده و کاربرد دارند؟
بیمه گذار	صنایع الکترونیک - برق <input type="checkbox"/> صنایع هوایی <input type="checkbox"/> صنایع دریایی <input type="checkbox"/> صنایع خودروسازی <input type="checkbox"/> صنایع غذایی <input type="checkbox"/> تجهیزات مربوط به کامپیوتر <input type="checkbox"/>
	صنایع دارویی و بهداشتی <input type="checkbox"/> صنایع خانگی <input type="checkbox"/> صنایع چوبی <input type="checkbox"/> صنایع گازسوز و حرارتی <input type="checkbox"/> صنایع شیمی و پتروشیمی <input type="checkbox"/> صنایع نساجی و پوشاک <input type="checkbox"/>
بیمه گذار	سایر:
	۷- مواد اولیه مورد استفاده در ساخت کالا و یا قطعات یدکی را با ذکر نام کشور سازنده بیان نمایید:
بیمه گذار	۸- آیا تولیدات کارخانه تحت امتیاز (لیسانس) سازندگان معتبر خارجی یا داخلی قرار دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع استاندارد یا گواهی نامه را بنویسید:

FO-LI-20-02

۹- آیا کالا دارای مجوز مؤسسه استاندارد یا سایر مؤسسات است؟ (لطفاً مجوز مربوطه را پیوست نمایید) بلی خیر

۱۰- لطفاً در صورت صدور ضمانت نامه (گارانتی) برای محصولات تولیدی و یا هر نوع قرارداد فروش محصولات، آن را ضمیمه فرمایید.

۱۱- چه عیب و نقصی ممکن است در کالاهای تولید شما وجود داشته باشد و یا به وجود آید که اگر منجر به ایجاد خسارت به اشخاص ثالث شود و ممکن است شما به عنوان تولید کننده مسئول شناخته شوید؟

۱۲- چه ارگانی صلاحیت تشخیص قصور آن تولیدکننده را دارد؟

۱۳- آیا کلیه قطعات/ مواد اولیه به کار گرفته در محصول تولید شده، توسط آن سازنده تولید می گردد؟ بلی خیر

(در صورتی که پاسخ منفی است، شرح تولیدات سایرین اعلام گردد).

۱۴- آیا در نصب/نگهداری و یا سایر مواردی که جدا از محصول است، امکان ایجاد خسارت به اشخاص ثالث موجود است؟

آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت، نقص عضو، هزینه های پزشکی و یا خسارت مالی در ارتباط با محصولات تولیدی مربوطه روی داده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)

آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بلی خیر لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.

مدت بیمه : روز از ساعت ۲۴ روز: تا ساعت ۲۴ روز:
مدت زمان پوشش بیمه ای (دوره تأمین): ماه از تاریخ فروش / نصب / تحویل به مصرف کننده

در هر حادثه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ریال.
حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ریال.
حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال.
حداکثر تعهد مالی: ریال.
در طی دوره بیمه:
حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ریال.
حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ریال.
حداکثر تعهد مالی: ریال.

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: