

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.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت: .....
	تاریخ ثبت / تولد: / / کد اقتصادی: .....
مشخصات پارکینگ مورد بیمه	نشانی: .....
	کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک: .....
مشخصات پوشش های تکمیلی مورد درخواست	* توجه: این بیمه نامه جهت پارکینگ های توقیفی ارائه نمی گردد.
	نام پارکینگ: نوع مالکیت پارکینگ: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> وضعیت پارکینگ: سرپوشیده <input type="checkbox"/> روباز <input type="checkbox"/>
سابقه بیمه ای	نشانی پارکینگ: .....
	آیا پارکینگ سیستمی جهت ثبت ورود و خروج خودروها دارد؟ .....
مدت بیمه	کل مساحت محوطه پارکینگ: حداکثر ظرفیت پارکینگ: .....
	تعداد متوسط خودروهای اشخاص ثالث که شب در پارکینگ می مانند: .....
تعهدات بیمه گر	تعداد شیفت های کاری پارکینگ: ساعت کاری هر شیفت: .....
	وسایل و تجهیزات ایمنی پارکینگ: وسایل اطفاء حریق <input type="checkbox"/> دوربین مداربسته با قابلیت ضبط تصاویر <input type="checkbox"/> دزدگیر <input type="checkbox"/>
سابقه بیمه ای	خطرات احتمالی: .....
	آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟
مدت بیمه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشیدن مواد شیمیایی
	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شکست شیشه
تعهدات بیمه گر	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> افتادن از وسایل بالا برنده
	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه.
مدت بیمه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه.
	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه.
تعهدات بیمه گر	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری در هر حادثه.
	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/>
مدت بیمه	ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه: .....
	ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه: .....
تعهدات بیمه گر	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی، هزینه های پزشکی یا خسارت مالی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.
مدت بیمه	تاریخ حادثه
	نوع حادثه
تعهدات بیمه گر	تعداد فوت
	تعداد صدمه بدنی
مدت بیمه	تعداد هزینه پزشکی
	تعداد خسارت مالی
تعهدات بیمه گر	مبلغ خسارت (ریال)
مدت بیمه	آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.
مدت بیمه	مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعهدات بیمه گر	در هر حادثه:
	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: .....
مدت بیمه	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: .....
	حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: .....
تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهد مالی: .....
	در طی دوره بیمه:
مدت بیمه	حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: .....
	حداکثر تعهد هزینه پزشکی: .....
تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهد مالی: .....

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:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.