

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی
شرکت‌های نصب/ تست سیستم گازسوز خودرو در برابر اشخاص ثالث



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

مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار: کد ملی/ شناسه ملی: شماره ثبت:																												
	تاریخ ثبت/ تولد: / / کد اقتصادی:																												
مشخصات مرکز مورد بیمه	نشانی:																												
	کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:																												
پوشش‌های تکمیلی مورد درخواست	شماره مجوز و پروانه بهره‌برداری (در زمان صدور بیمه نامه ارسال تصویر مجوز الزامی است):																												
	نشانی محل مورد بیمه:																												
سابقه بیمه‌ای	تعداد سیستم‌های نصب یا تست شده در یک سال گذشته: پیش‌بینی تقریبی آن برای یک سال آینده:																												
	نوع سیستم گازسوز: <input type="checkbox"/> CNG <input type="checkbox"/> LPG <input type="checkbox"/> سایر: نوع خودروهایی که سیستم بر آنها نصب می‌شود:																												
مدت بیمه	آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟																												
	<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری در هر حادثه ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال‌های بعد <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار</p>																												
تهدات بیمه‌گر	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی، هزینه‌های پزشکی یا خسارت مالی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																												
	در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل گردد:																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد صدمه بدنی</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>تعداد خسارت مالی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)																					
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)																							
مدت بیمه	آیا بیمه‌گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																												
	لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.																												
تهدات بیمه‌گر	مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز																												
	<p>در هر حادثه:</p> <p>حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه و ارش هر نفر: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه‌های حرام: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد مالی: ریال.</p> <p>در طی دوره بیمه:</p> <p>حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه و ارش: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد مالی: ریال.</p>																												

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می‌تواند بیمه‌گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

نام و امضاء بیمه‌گذار:

نام و امضاء نماینده /کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر یا پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.