

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی
مدیران تعمیرگاه‌های مجاز خودرو در قبال مراجعان



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد در خواست 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: نشانی: کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:																												
مشخصات تعمیرگاه مورد بیمه	<p>* این بیمه نامه صرفاً برای تعمیرگاه‌هایی که عاملیت مجاز تعمیرگاهی هستند صادر می‌گردد و نیز سیستم کامپیوتری برای ثبت ورود و خروج خودروها الزامی است.</p> نام / کد تعمیرگاه: نمایندگی شرکت: نشانی تعمیرگاه: نوع مالکیت تعمیرگاه: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> وضعیت تعمیرگاه: سروشیده <input type="checkbox"/> روباز <input type="checkbox"/> ساعت کار تعمیرگاه: کل مساحت محوطه تعمیرگاه: حداکثر ظرفیت تعمیرگاه: تعداد متوسط خودروهای اشخاص ثالث که شب در تعمیرگاه می‌مانند: تعداد شیفت‌های کاری تعمیرگاه: ساعت کاری هر شیفت: وسایل و تجهیزات ایمنی تعمیرگاه: کپسول آتش نشانی <input type="checkbox"/> جعبه کمک‌های اولیه <input type="checkbox"/> دوربین مدار بسته با قابلیت ضبط تصاویر <input type="checkbox"/> دزدگیر <input type="checkbox"/> سایر تجهیزات یا امکانات ایمنی موجود: مسافت تا نزدیک‌ترین پایگاه آتش نشانی: آیا تعمیرگاه مجهز به وسایل و علائم ایمنی و حفاظتی از قبیل دزدگیر، دوربین مدار بسته و امکانات اطفای حریق مناسب است؟ آیا تعمیرگاه دارای سیستم روشنایی در شب می‌باشد؟ خطرات تحت پوشش: آتش سوزی و انفجار <input type="checkbox"/> شکست شیشه <input type="checkbox"/> سرقت کلی <input type="checkbox"/> افتادن از روی وسایل بالابرنده <input type="checkbox"/> اهمال در بستن قطعات معیوب <input type="checkbox"/> پاشیدن مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> تست داخل تعمیرگاه <input type="checkbox"/>																												
مورد پوشش‌های تکمیلی	آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه. ریال و در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه ریال. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری در هر حادثه. ریال و در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه ریال. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال‌های بعد یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/>																												
سابقه بیمه‌ای	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؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل گردد:																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">تاریخ حادثه</th> <th style="width: 15%;">نوع حادثه</th> <th style="width: 15%;">تعداد فوت</th> <th style="width: 15%;">تعداد صدمه بدنی</th> <th style="width: 15%;">تعداد هزینه پزشکی</th> <th style="width: 15%;">تعداد خسارت مالی</th> <th style="width: 15%;">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 بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌نامه را اعلام فرمائید. مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز: تا ساعت ۲۴ روز:																												

FO-LI-16-02

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.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه گذار:

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